

TWO RIVERS HEAD START AGENCY FORMA DE ENTRADA CSBG

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE APLICA PARA LA ASISTENCIA Y DE SU FAMILIA

Apellido _____ Nombre _____

Dirección _____ Apartamento # _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Correo Electrónico: _____

¿Recibe usted o su familia Estampillas de Alimentos/SNAP? No Sí ¿cuánto por mes? _____

Número de Personas en la Familia: _____ Costo de Renta o Hipoteca mensual \$ _____

Seleccionar abajo lo que aplica a su familia:

TIPO DE FAMILIA (TIEMPO PRESENTE)	ESTADO DE VIVIENDA	TIPO DE VIVIENDA
<input type="checkbox"/> PADRE/MADRE SOLTERO/A <input type="checkbox"/> LOS DOS PADRES <input type="checkbox"/> FAMILIA ACOGIDA <input type="checkbox"/> PAREJAS SIN NIÑOS <input type="checkbox"/> PERSONA SOLTERA <input type="checkbox"/> OTRO _____	<input type="checkbox"/> RENTA ¿Recibe Sección 8 para su renta?(SI o No) _____ <input type="checkbox"/> DUENO <input type="checkbox"/> SIN HOGAR (con techo) <input type="checkbox"/> SIN HOGAR (sin techo) <input type="checkbox"/> Si no tiene hogar, ¿se ha quedado en un refugio en los últimos 90 días? (Y/N) _____	<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> Dúplex <input type="checkbox"/> Condominio/Townhouse APARTAMENTO (cuantos el edificio <input type="checkbox"/> 2-4 <input type="checkbox"/> 5-10 <input type="checkbox"/> 11 o más) <input type="checkbox"/> CASA MOVIL <input type="checkbox"/> HABITACIÓN INDIVIDUAL

BENEFICIOS EN EL HOGAR: LIHEAP RENTA SUBVENCIONADA VIVIENDA PUBLICA WIC ASISTENCIA CONPAGO PARA CUIDADO DE NINOS

TIPO DE INGRESO EN EL HOGAR:	EMPLEO: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial	DESEMPLEO <input type="checkbox"/> COMP. TRABAJADORES	SOSTENIMIENTO DE HIJO(A) <input type="checkbox"/> TANF	SEGURO SOCIAL <input type="checkbox"/> PENSIÓN	SSI <input type="checkbox"/> Otro _____
-------------------------------------	--	---	--	--	---

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE INGRESO	TIPO DE INGRESO	¿QUÉ TAN SEGUIDO LE PAGAN? (Circule)	CANTIDAD (ANTES DE IMPUESTOS)
		Mensual Semanal Cada dos semanas 2 veces al mes	
		Mensual Semanal Cada dos semanas 2 veces al mes	
		Mensual Semanal Cada dos semanas 2 veces al mes	
		Mensual Semanal Cada dos semanas 2 veces al mes	

Si alguien no tiene trabajo, ¿hace cuánto tiempo y porque? _____

Si no tienen ingresos, ¿cómo se mantiene usted/familia? _____

INFORMACIÓN DE FAMILIA (Por favor llene completamente)

Nombres de personas en el hogar	Fechas de Nacimiento	Edad	Servicio Militar? Sí o No	Discapacitado Sí o No No, se sabe	Sexo Masculino Femenino Otro	Números de Seguro Social	Tipo de Seguro Tarjeta Medica (Medicaid) Medicare CHIP Seguro del trabajo Seguro Militar	Raza Hispano Afroamericano Blanco Otro	Nivel de Educación Completado Pre-escolar 0-8(sin terminar) 9-12 (sin terminar) Diploma/GED Universidad de 2 o 4 años completos?	Relación de cada persona Esposo/esposa Hijo/hija Nieta/nieta
										USTED

*Si hay jóvenes entre 14-18 años en el hogar, están en la escuela? Si No Están los jóvenes trabajando? Si No

AFIRMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA VERIFICAR INFORMACIÓN DE ESTA APLICACIÓN

DECLARACIÓN DEL APLICANTE: Yo certifico que la información de arriba es correcta y en una revelación completa de la información solicitada. Por lo presente, reconozco que la información relacionada con mi elegibilidad requiere verificación y/o documentación; y con mi firma, autorizo a otros a enviar dicha información según sea necesario para determinar mi elegibilidad.

Firma de la Persona Aplicando: _____ Fecha: _____ Firma del Trabajador/a: _____ Fecha: _____

OFFICE USE ONLY

Total HH 90 Day Income \$ _____

MONETARY ASSISTANCE:

A. Voucher #: _____ Amount Approved \$ _____ Date _____ Authorized By _____

B. Date Check Issued: _____ Check Number: _____ Vendor Name & Address: _____

C. Staff Entering approval in STARS: _____