

Fecha:	Cellular #:	<input type="checkbox"/> Puede dejar mensaje
Apellido Legal:	Telefono casa #:	<input type="checkbox"/> Puede dejar mensaje
Nombre Legal:	Correo electronico:	
Direccion:	Lugar de nacimiento:	
Ciudad: _____ Cod.Postal: _____	Fecha en que vino a los EE.UU.:	
Idioma Principal:	Contacto de Emergencia:	
Otros Idiomas:	Relación del Contacto de Emergencia:	
Número de personas que viven en el hogar : _____	No. de Teléfono:	<input type="checkbox"/> Puede dejar mensaje

Estado Civil:	Typo de Familia:	Estado de Vivienda:	Historia Militar:
<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Padre/Madre Soltera	<input type="checkbox"/> Renta	<input type="checkbox"/> Activo
<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Dos Padres	<input type="checkbox"/> Propia	<input type="checkbox"/> Servicio Activo
<input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Sin Hogar	<input type="checkbox"/> Veterano
<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Dos-Adultos/No niños	<input type="checkbox"/> Temporal	<input type="checkbox"/> Dependiente
<input type="checkbox"/> Union Libre	<input type="checkbox"/> Multifamiliar	<input type="checkbox"/> Albergue: _____	<input type="checkbox"/> Rama: _____
<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Ninguno

El ingreso BRUTO total del *hogar por mes para TODAS las personas que viven en el hogar (aunque no son miembros de la familia):	El total de gastos mensuales:
<input type="checkbox"/> TANF/Calworks: \$ _____ <input type="checkbox"/> Otro Recursos Publicos: \$ _____ <input type="checkbox"/> SSI/SSA: \$ _____ <input type="checkbox"/> SSDI/SSD: \$ _____ <input type="checkbox"/> Empleo: \$ _____ <input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo: \$ _____ <input type="checkbox"/> Pension Alimenticia: \$ _____ <input type="checkbox"/> Estampillas de Comida(CalFresh): \$ _____ <input type="checkbox"/> Discapacidad: \$ _____ <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): \$ _____ INGRESO TOTAL MENSUAL: \$ _____	<input type="checkbox"/> Renta: \$ _____ <input type="checkbox"/> Auto/Seguros de auto: \$ _____ <input type="checkbox"/> Utilidades (Agua/SDGE):\$ _____ <input type="checkbox"/> Comida: \$ _____ <input type="checkbox"/> Teléfono: \$ _____ <input type="checkbox"/> Cuidado Infantil: \$ _____ <input type="checkbox"/> Préstamos de Estudiantes:\$ _____ <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito:\$ _____ <input type="checkbox"/> Otros (por favor especifique):\$ _____ TOTAL DE GASTOS MENSUALES:\$ _____

¿Qué servicios o productos le beneficiarán de más, dada su situación actual?

<input type="checkbox"/> Becas	<input type="checkbox"/> Asistencia Electricidad y Gas	<input type="checkbox"/> Asistencia de Comida
<input type="checkbox"/> Manejo de Caso	<input type="checkbox"/> Referencias	
<input type="checkbox"/> Servicios de Empleo	<input type="checkbox"/> Preparación/G.E.D.	<input type="checkbox"/> Asistencia de Temporada (como Navidad)
<input type="checkbox"/> Transporte	<input type="checkbox"/> Cuidado Infantil	<input type="checkbox"/> Educación Financiera
<input type="checkbox"/> California ID	<input type="checkbox"/> Ropa	<input type="checkbox"/> Educación en Salud
<input type="checkbox"/> Clases para Padres	<input type="checkbox"/> Información sobre vivienda	<input type="checkbox"/> Artículos de Higiene
<input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Programa de Apoyo a Mujeres	<input type="checkbox"/> Info. Sobre Violencia Domestica
<input type="checkbox"/> Valoración para Estampillas	<input type="checkbox"/> Muebles	<input type="checkbox"/> Clases de Nutrición
<input type="checkbox"/> Clases de Ingles	<input type="checkbox"/> Solicitud de Rezar	<input type="checkbox"/> Ayuda con recuperacion de drogas

Acuso que he recibido la notificación de los derechos de privacidad, que he revisado y doy mi permiso a El Centro de Recursos Familiares del Salvation Army Ray and Joan Kroc Corps para usar y divulgar mi información de salud de acuerdo con ella.

Firma del cliente: _____ Firma del Cliente Representative _____

Nombre del Cliente (Imprima): _____ Nombre del Representante de Client _____

Fecha : _____ Fecha : _____

* Un hogar se define como todas las personas que residen en el hogar, incluidos aunque no son miembros de la familia.

Por favor, complete la información de todas las personas que viven en el hogar (Incluyendo los que no son familiares)

Nombre:	Relacion:	Sexo	Fecha de Nacimiento	Seguro de Medico	Nivel Educativo	Etnicidad	Discapacidad
Apellido: Nombre: ID:	Yo mismo	M/F	M/D/A _/_/___	<input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Diploma Preparatoria <input type="checkbox"/> G.E.D. <input type="checkbox"/> Associate Degree <input type="checkbox"/> Parte de Edu. Superior <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Tecnico/Comercial <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Anos de Edu. Basica	<input type="checkbox"/> Asiatico/a <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Blanco (No-Hispano) <input type="checkbox"/> Otro: _____	Y/N Tipo: _____
Apellido: Nombre: ID:		M/F	M/D/A _/_/___	<input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Diploma Preparatoria <input type="checkbox"/> G.E.D. <input type="checkbox"/> Associate Degree <input type="checkbox"/> Parte de Edu. Superior <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Tecnico/Comercial <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Anos de Edu. Basica	<input type="checkbox"/> Asiatico/a <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Blanco (No-Hispano) <input type="checkbox"/> Otro: _____	Y/N Tipo: _____
Apellido: Nombre: ID:		M/F	M/D/A _/_/___	<input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Diploma Preparatoria <input type="checkbox"/> G.E.D. <input type="checkbox"/> Associate Degree <input type="checkbox"/> Parte de Edu. Superior <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Tecnico/Comercial <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Anos de Edu. Basica	<input type="checkbox"/> Asiatico/a <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Blanco (No-Hispano) <input type="checkbox"/> Otro: _____	Y/N Tipo: _____
Apellido: Nombre: ID:		M/F	M/D/A _/_/___	<input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Diploma Preparatoria <input type="checkbox"/> G.E.D. <input type="checkbox"/> Associate Degree <input type="checkbox"/> Parte de Edu. Superior <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Tecnico/Comercial <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Anos de Edu. Basica	<input type="checkbox"/> Asiatico/a <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Blanco (No-Hispano) <input type="checkbox"/> Otro: _____	Y/N Tipo: _____
Apellido: Nombre: ID:		M/F	M/D/A _/_/___	<input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Diploma Preparatoria <input type="checkbox"/> G.E.D. <input type="checkbox"/> Associate Degree <input type="checkbox"/> Parte de Edu. Superior <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Tecnico/Comercial <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Anos de Edu. Basica	<input type="checkbox"/> Asiatico/a <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Blanco (No-Hispano) <input type="checkbox"/> Otro: _____	Y/N Tipo: _____

* Un hogar se define como todas las personas que residen en el hogar, incluidos aunque no son miembros de la familia.

Por favor, complete la información de todas las personas que viven en el hogar (Incluyendo los que no son familiares)

Apellido:		M/F	M/D/A ___/___/___	<input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Diploma Preparatoria <input type="checkbox"/> G.E.D. <input type="checkbox"/> Associate Degree <input type="checkbox"/> Parte de Edu. Superior <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Tecnico/Comercial <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Anos de Edu. Basica	<input type="checkbox"/> Asiatico/a <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Blanco (No-Hispano) <input type="checkbox"/> Otro: _____	Y/N Tipo: _____
Apellido:		M/F	M/D/A ___/___/___	<input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Diploma Preparatoria <input type="checkbox"/> G.E.D. <input type="checkbox"/> Associate Degree <input type="checkbox"/> Parte de Edu. Superior <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Tecnico/Comercial <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Anos de Edu. Basica	<input type="checkbox"/> Asiatico/a <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Blanco (No-Hispano) <input type="checkbox"/> Otro: _____	Y/N Tipo: _____
Apellido:		M/F	M/D/A ___/___/___	<input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Diploma Preparatoria <input type="checkbox"/> G.E.D. <input type="checkbox"/> Associate Degree <input type="checkbox"/> Parte de Edu. Superior <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Tecnico/Comercial <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Anos de Edu. Basica	<input type="checkbox"/> Asiatico/a <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Blanco (No-Hispano) <input type="checkbox"/> Otro: _____	Y/N Tipo: _____
Apellido:		M/F	M/D/A ___/___/___	<input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Diploma Preparatoria <input type="checkbox"/> G.E.D. <input type="checkbox"/> Associate Degree <input type="checkbox"/> Parte de Edu. Superior <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Tecnico/Comercial <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Anos de Edu. Basica	<input type="checkbox"/> Asiatico/a <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Blanco (No-Hispano) <input type="checkbox"/> Otro: _____	Y/N Tipo: _____
Apellido:		M/F	M/D/A ___/___/___	<input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Diploma Preparatoria <input type="checkbox"/> G.E.D. <input type="checkbox"/> Associate Degree <input type="checkbox"/> Parte de Edu. Superior <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Tecnico/Comercial <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Anos de Edu. Basica	<input type="checkbox"/> Asiatico/a <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Blanco (No-Hispano) <input type="checkbox"/> Otro: _____	Y/N Tipo: _____

* Un hogar se define como todas las personas que residen en el hogar, incluidos aunque no son miembros de la familia.