

# APLICACION-Ilena ambos lados

Recertificatio  Food Request  Scholarship Request  Resource/Referral Reque  Seasonal Program  Missing Docs

Fecha:	Cellular #:	<input type="checkbox"/> Puede dejar mensaje
Apellido Legal:	Telefono casa #:	<input type="checkbox"/> Puede dejar mensaje
Nombre Legal:	Correo electronido:	
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:	Tipo de Familia:	Estado de Vivienda:	Historia Militar:
<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Union Libre <input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Padre/Madre Soltera <input type="checkbox"/> Dos Padres <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Dos-Adultos/No ninos <input type="checkbox"/> Multifamiliar <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Albergue: _____	<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Servicio Activo <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Rama: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno

<p style="text-align: center;"><b>El ingreso BRUTO total del *hogar por mes para TODAS las personas que viven en el hogar (aunque no son miembros de la familia):</b></p> <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): \$ _____ <b>INGRESO TOTAL MENSUAL: \$ _____</b>	<p style="text-align: center;"><b>El total de gastos mensuales:</b></p> <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):\$ _____ <b>TOTAL DE GASTOS MENSUALES:\$ _____</b>
---	--

**¿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"/> Articulos 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 Familiare 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.

Please complete for ALL persons living in the \*household. Include roommates, landlords, and/or non-family members.

Name:	Relation-ship to you:	Sex	Birth Date	Health Insurance	Education Level	Ethnicity	Disability
Last:			M/D/Y	<input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> High School Diploma <input type="checkbox"/> G.E.D. <input type="checkbox"/> Associate Degree <input type="checkbox"/> Some College <input type="checkbox"/> College Graduate <input type="checkbox"/> Trade/Technical School <input type="checkbox"/> Post Graduate <input type="checkbox"/> Not Applicable	<input type="checkbox"/> Asian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> African <input type="checkbox"/> American/Black <input type="checkbox"/> Multi-Racial <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> White(Non-Hispanic) <input type="checkbox"/> Other:	Y/N  Describe:
First:	Self	M/F	___/___/___				
MI:							
Last:			M/D/Y	<input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> High School Diploma <input type="checkbox"/> G.E.D. <input type="checkbox"/> Associate Degree <input type="checkbox"/> Some College <input type="checkbox"/> College Graduate <input type="checkbox"/> Trade/Technical School <input type="checkbox"/> Post Graduate <input type="checkbox"/> Not Applicable	<input type="checkbox"/> Asian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> African <input type="checkbox"/> American/Black <input type="checkbox"/> Multi-Racial <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> White(Non-Hispanic) <input type="checkbox"/> Other:	Y/N  Describe:
First:		M/F	___/___/___				
MI:							
Last:			M/D/Y	<input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> High School Diploma <input type="checkbox"/> G.E.D. <input type="checkbox"/> Associate Degree <input type="checkbox"/> Some College <input type="checkbox"/> College Graduate <input type="checkbox"/> Trade/Technical School <input type="checkbox"/> Post Graduate <input type="checkbox"/> Not Applicable	<input type="checkbox"/> Asian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> African <input type="checkbox"/> American/Black <input type="checkbox"/> Multi-Racial <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> White(Non-Hispanic) <input type="checkbox"/> Other:	Y/N  Describe:
First:		M/F	___/___/___				
MI:							
Last:			M/D/Y	<input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> High School Diploma <input type="checkbox"/> G.E.D. <input type="checkbox"/> Associate Degree <input type="checkbox"/> Some College <input type="checkbox"/> College Graduate <input type="checkbox"/> Trade/Technical School <input type="checkbox"/> Post Graduate <input type="checkbox"/> Not Applicable	<input type="checkbox"/> Asian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> African <input type="checkbox"/> American/Black <input type="checkbox"/> Multi-Racial <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> White(Non-Hispanic) <input type="checkbox"/> Other:	Y/N  Describe:
First:		M/F	___/___/___				
MI:							

\* A HOUSEHOLD is defined as ALL individuals residing within the home, including non-family members.