



Community Services Agency

Solicitud de Programa de Empleo y Formación

Gracias por su interés en el Programa de Empleo y Formación de CSA. Complete esta solicitud lo mejor que pueda y regrese a CSA para programar una cita de evaluación previa. Las solicitudes completadas y firmadas pueden enviarse por correo electrónico a workforce@csareno.org, enviarse por fax al (775) 786-5743, entregarse en persona en 1094 E 8th St, Reno, NV 89512 o enviarse por correo a Community Services Agency, PO Box 10167, Reno, NV 89510. Para obtener ayuda con la solicitud, comuníquese con nuestro equipo al (775) 786-6023

Información del Solicitante: Complete la siguiente información para la persona que busca asistencia

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Primer nombre Inicial Apellido Sufijo

Nombre Preferido: _____ **Pronombres Preferidos:** _____

Dirección de Casa: _____

Dirección de calle Apartamento # Ciudad Estado Código Postal

Dirección de Correo Electrónico: _____

Teléfono Primario: _____ Móvil de Casa Trabajo Texto Solamente

Método de Comunicación Preferido: Teléfono Texto Correo Electrónico

Género	Estado Civil	Discapacidad	Veterano	Servicio Militar	Padre de Acogida
<input type="checkbox"/> Femenina	<input type="checkbox"/> Unión Civil	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> No binario	<input type="checkbox"/> Divorciado				
<input type="checkbox"/> Transgénero	<input type="checkbox"/> Soltero				
	<input type="checkbox"/> Separado				
	<input type="checkbox"/> Viudo				

Raza	Origen Étnico
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano, Latino o Español
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> No Hispano, Latino o Español
<input type="checkbox"/> Hawaiano o de otras Islas del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Indígena Estadounidense o Nativo de Alaska	
<input type="checkbox"/> Multirracial	
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	
<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Idioma Primario	Dominio del Inglés	Mayor Nivel de Educación Completado
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Menos de Grado 8
<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Mediano	<input type="checkbox"/> Grado 9-12/Sin Diploma
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Escaso	<input type="checkbox"/> GED/HiSET o equivalente
	<input type="checkbox"/> Competente	<input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria
		<input type="checkbox"/> Algunos estudios postsecundarios
		<input type="checkbox"/> Certificado o licencia
		<input type="checkbox"/> Título asociado
		<input type="checkbox"/> Licenciatura
		<input type="checkbox"/> Título de posgrado

Situación Laboral Actual

<input type="checkbox"/> Tiempo Completo (30+ horas/semana)	<input type="checkbox"/> Desempleado - Corta Duración (6 meses o menos)
<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial (Menos que 30 horas/semana)	<input type="checkbox"/> Desempleado - Larga Duración (más de 6 meses)
<input type="checkbox"/> Empleado por Temporada	<input type="checkbox"/> Desempleado - No Busca Trabajo
<input type="checkbox"/> Trabajador Agrícola Temporal Migrante	<input type="checkbox"/> Desempleado - Discapacitado
<input type="checkbox"/> Desempleado - Estudiante	<input type="checkbox"/> Jubilado
<input type="checkbox"/> Desempleado - En Formación Profesional	

Nombre del Empleador Actual (si corresponde): _____

Principal Fuente de Ingresos	Ingreso Mensual Total
<input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Compensación por Desempleo <input type="checkbox"/> Seguro Social - Jubilación <input type="checkbox"/> Seguro Social - Incapacidad <input type="checkbox"/> Seguro Social - Sobreviviente <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/> Asistencia Temp. para Familias Necesitadas (TANF) <input type="checkbox"/> Pensión o Fondo de Retiro <input type="checkbox"/> Pagos de Manutención de Niños <input type="checkbox"/> Subsidio de Acogida <input type="checkbox"/> Sin Fuentes de Ingreso <input type="checkbox"/> Otro: _____
\$ _____ <i>Proporcione su mejor estimación.</i>	

Tipo de Seguro Médico		
<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Compra Directa	<input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Proporcionado por el Empleador <input type="checkbox"/> Cuidado de la Salud Indio/Tribal <input type="checkbox"/> Seguro para Veteranos o Fuerzas Armadas	<input type="checkbox"/> Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) <input type="checkbox"/> Seguro Estatal de Salud para Adultos (SHIP) <input type="checkbox"/> Otro: _____

¿Cuántas personas viven en su hogar?	¿Alguien en su hogar recibe alguno de los siguientes servicios?		
Adultos: _____ Niños: _____	<input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> SNAP/Cupones de Alimentos <input type="checkbox"/> TANF	<input type="checkbox"/> Sección 8 de Vales <input type="checkbox"/> Vivienda Pública <input type="checkbox"/> El Acogimiento	<input type="checkbox"/> Asistencia de Energía <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario

Estado de Vivienda Actual	Tipo de Residencia
<input type="checkbox"/> Dueño de Casa <input type="checkbox"/> El Inquilino <input type="checkbox"/> Otra vivienda permanente <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Viviendo con otros	<input type="checkbox"/> Refugio para indigentes <input type="checkbox"/> Vivienda de transición <input type="checkbox"/> Centro médico <input type="checkbox"/> Encarcelado <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Casa de una Sola Familia <input type="checkbox"/> Condominio/Casa Adosada <input type="checkbox"/> Dúplex/Triple/Cuádruple <input type="checkbox"/> Casa Móvil/Remolque	<input type="checkbox"/> Motel/Hotel <input type="checkbox"/> Refugio para Indigentes <input type="checkbox"/> Calle/Coche/Campamento <input type="checkbox"/> Otro: _____

¿Cómo se enteró de nuestra agencia?			
<input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Otro Programa de CSA <input type="checkbox"/> Búsqueda de Internet	<input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Evento Comunitario <input type="checkbox"/> Radio o Televisión	<input type="checkbox"/> Organización de la Comunidad <input type="checkbox"/> Póster/Folleto <input type="checkbox"/> Periódico o Anuncio Impreso	<input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Medios de Comunicación Social <input type="checkbox"/> Otro: _____

¿Qué servicios de empleo o formación estás buscando? _____

Si lo recomendó un proveedor de entrenamiento o un programa de certificación, comparta lo siguiente:
Nombre del Proveedor De Entrenamiento o Escuela: _____
Nombre del Curso Entrenamiento Programa: _____

Declaración de Divulgación del Solicitante del Programa (Firma Requerida)

Por la presente declaro que la información contenida en esta solicitud de servicios del programa es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Ni yo ni nadie que me represente he hecho declaraciones falsas o engañosas. La aceptación de la solicitud no garantiza que los servicios se realizarán bajo ningún programa, y reconozco que los servicios dependen de muchas cosas, incluidas las solicitudes precisas, la disponibilidad de fondos y la determinación de que el solicitante califica para el programa.

Al firmar a continuación, libero, libero y exonero a la Agencia de Servicios Comunitarios, sus agentes y representantes y a cualquier persona que proporcione información o la examine de cualquier responsabilidad de toda naturaleza y tipo que surja del suministro e inspección de dichos documentos, registros, y otra información, y este comunicado obligará a mis representantes legales a usar la información que he proporcionado agregada con otros clientes y clientes de la Agencia de Servicios Comunitarios para todos y cada uno de los fines de informes y financiación.

Firma del Solicitante: _____ **Fecha:** _____

Community Services Agency, sus agentes, socios y fuentes de financiación no discriminan por motivos de raza, color, sexo, edad, religión, origen nacional, discapacidad, estado civil, orientación sexual o identidad de género, ascendencia o cualquier otra consideración realizada ilegal por las leyes de discriminación aplicables.

Miembro Adicional del Hogar - Complete una página por cada miembro adicional de su hogar.

Los miembros adicionales del hogar incluyen aquellos que viven en el mismo hogar que usted y que están relacionados con usted por nacimiento, matrimonio o adopción, o personas no relacionadas que viven con usted con quienes comparte ingresos y gastos de manutención. Esto ayudará a CSA a determinar su elegibilidad para uno o más programas.

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
First Name M.I. Last Name Suffix

Relación con el Solicitante			
<input type="checkbox"/> Esposo/a	<input type="checkbox"/> Otro Significativo/a	<input type="checkbox"/> Padre/Madre	<input type="checkbox"/> Niño/a
<input type="checkbox"/> Hermano/a	<input type="checkbox"/> Otro Miembro de la Familia	<input type="checkbox"/> Otro Persona no Relacionada	

Género	Discapacidad	Niño en Acogida	Idioma Principal	Dominio del Inglés
<input type="checkbox"/> Femenina	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Mediano
<input type="checkbox"/> No binario			<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Escaso
<input type="checkbox"/> Transgénero				<input type="checkbox"/> Competente

Raza	Origen Étnico
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano, Latino o Español
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> No Hispano, Latino o Español
<input type="checkbox"/> Hawaiano o de otras Islas del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Indígena Estadounidense o Nativo de Alaska	
<input type="checkbox"/> Multirracial	
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	
<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Mayor Nivel de Educación Completado		
<input type="checkbox"/> Niño, no en la escuela	<input type="checkbox"/> GED/HiSET o equivalente	<input type="checkbox"/> Título asociado
<input type="checkbox"/> Estudiante actual de K-12	<input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria	<input type="checkbox"/> Licenciatura
<input type="checkbox"/> Grado 0-8/sin diploma	<input type="checkbox"/> Algunos estudios postsecundarios	<input type="checkbox"/> Título de posgrado
<input type="checkbox"/> Grado 9-12/sin diploma	<input type="checkbox"/> Certificado de habilidad/trabajo	

Situación Laboral Actual	
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo (30+ horas/semana)	<input type="checkbox"/> Desempleado - En Formación Profesional
<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial (Menos que 30 horas/semana)	<input type="checkbox"/> Desempleado - Corta Duración (6 meses o menos)
<input type="checkbox"/> Empleado por Temporada	<input type="checkbox"/> Desempleado - Larga Duración (más de 6 meses)
<input type="checkbox"/> Trabajador Agrícola Temporal Migrante	<input type="checkbox"/> Desempleado - No Busca Trabajo
<input type="checkbox"/> Desempleado – Niño	<input type="checkbox"/> Desempleado - Discapacitado
<input type="checkbox"/> Desempleado - Estudiante	<input type="checkbox"/> Jubilado

Principal Fuente de Ingresos	Ingreso Mensual Total
<input type="checkbox"/> Empleo	\$ _____ <i>Proporcione su mejor estimación.</i>
<input type="checkbox"/> Compensación por Desempleo	
<input type="checkbox"/> Seguro Social - Jubilación	
<input type="checkbox"/> Seguro Social - Incapacidad	
<input type="checkbox"/> Seguro Social - Sobreviviente	
<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	
<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	
<input type="checkbox"/> Pensión o Fondo de Retiro	
<input type="checkbox"/> Pagos de Manutención de Niños	
<input type="checkbox"/> Subsidio de Acogida	
<input type="checkbox"/> Sin Fuentes de Ingreso	
<input type="checkbox"/> Ninguno – Hijo Dependiente	
<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Tipo de Seguro Médico		
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Seguro Privado	<input type="checkbox"/> Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Proporcionado por el Empleador	<input type="checkbox"/> Seguro Estatal de Salud para Adultos (SHIP)
<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Cuidado de la Salud Indio/Tribal	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Compra Directa	<input type="checkbox"/> Seguro para Veteranos o Fuerzas Armadas	

Miembro Adicional del Hogar - Complete una página por cada miembro adicional de su hogar.

Los miembros adicionales del hogar incluyen aquellos que viven en el mismo hogar que usted y que están relacionados con usted por nacimiento, matrimonio o adopción, o personas no relacionadas que viven con usted con quienes comparte ingresos y gastos de manutención. Esto ayudará a CSA a determinar su elegibilidad para uno o más programas.

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
First Name M.I. Last Name Suffix

Relación con el Solicitante			
<input type="checkbox"/> Esposo/a	<input type="checkbox"/> Otro Significativo/a	<input type="checkbox"/> Padre/Madre	<input type="checkbox"/> Niño/a
<input type="checkbox"/> Hermano/a	<input type="checkbox"/> Otro Miembro de la Familia	<input type="checkbox"/> Otro Persona no Relacionada	

Género	Discapacidad	Niño en Acogida	Idioma Principal	Dominio del Inglés
<input type="checkbox"/> Femenina	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Mediano
<input type="checkbox"/> No binario			<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Escaso
<input type="checkbox"/> Transgénero				<input type="checkbox"/> Competente

Raza	Origen Étnico
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano, Latino o Español
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> No Hispano, Latino o Español
<input type="checkbox"/> Hawaiano o de otras Islas del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Indígena Estadounidense o Nativo de Alaska	
<input type="checkbox"/> Multirracial	
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	
<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Mayor Nivel de Educación Completado		
<input type="checkbox"/> Niño, no en la escuela	<input type="checkbox"/> GED/HiSET o equivalente	<input type="checkbox"/> Título asociado
<input type="checkbox"/> Estudiante actual de K-12	<input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria	<input type="checkbox"/> Licenciatura
<input type="checkbox"/> Grado 0-8/sin diploma	<input type="checkbox"/> Algunos estudios postsecundarios	<input type="checkbox"/> Título de posgrado
<input type="checkbox"/> Grado 9-12/sin diploma	<input type="checkbox"/> Certificado de habilidad/trabajo	

Situación Laboral Actual	
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo (30+ horas/semana)	<input type="checkbox"/> Desempleado - En Formación Profesional
<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial (Menos que 30 horas/semana)	<input type="checkbox"/> Desempleado - Corta Duración (6 meses o menos)
<input type="checkbox"/> Empleado por Temporada	<input type="checkbox"/> Desempleado - Larga Duración (más de 6 meses)
<input type="checkbox"/> Trabajador Agrícola Temporal Migrante	<input type="checkbox"/> Desempleado - No Busca Trabajo
<input type="checkbox"/> Desempleado – Niño	<input type="checkbox"/> Desempleado - Discapacitado
<input type="checkbox"/> Desempleado - Estudiante	<input type="checkbox"/> Jubilado

Principal Fuente de Ingresos	Ingreso Mensual Total
<input type="checkbox"/> Empleo	\$ _____ <i>Proporcione su mejor estimación.</i>
<input type="checkbox"/> Compensación por Desempleo	
<input type="checkbox"/> Seguro Social - Jubilación	
<input type="checkbox"/> Seguro Social - Incapacidad	
<input type="checkbox"/> Seguro Social - Sobreviviente	
<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	
<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	
<input type="checkbox"/> Pensión o Fondo de Retiro	
<input type="checkbox"/> Pagos de Manutención de Niños	
<input type="checkbox"/> Subsidio de Acogida	
<input type="checkbox"/> Sin Fuentes de Ingreso	
<input type="checkbox"/> Ninguno – Hijo Dependiente	
<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Tipo de Seguro Médico		
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Seguro Privado	<input type="checkbox"/> Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Proporcionado por el Empleador	<input type="checkbox"/> Seguro Estatal de Salud para Adultos (SHIP)
<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Cuidado de la Salud Indio/Tribal	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Compra Directa	<input type="checkbox"/> Seguro para Veteranos o Fuerzas Armadas	

Miembro Adicional del Hogar - Complete una página por cada miembro adicional de su hogar.

Los miembros adicionales del hogar incluyen aquellos que viven en el mismo hogar que usted y que están relacionados con usted por nacimiento, matrimonio o adopción, o personas no relacionadas que viven con usted con quienes comparte ingresos y gastos de manutención. Esto ayudará a CSA a determinar su elegibilidad para uno o más programas.

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
First Name M.I. Last Name Suffix

Relación con el Solicitante			
<input type="checkbox"/> Esposo/a	<input type="checkbox"/> Otro Significativo/a	<input type="checkbox"/> Padre/Madre	<input type="checkbox"/> Niño/a
<input type="checkbox"/> Hermano/a	<input type="checkbox"/> Otro Miembro de la Familia	<input type="checkbox"/> Otro Persona no Relacionada	

Género	Discapacidad	Niño en Acogida	Idioma Principal	Dominio del Inglés
<input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Transgénero	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Escaso <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Competente

Raza	Origen Étnico
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano o de otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena Estadounidense o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Hispano, Latino o Español <input type="checkbox"/> No Hispano, Latino o Español

Mayor Nivel de Educación Completado		
<input type="checkbox"/> Niño, no en la escuela <input type="checkbox"/> Estudiante actual de K-12 <input type="checkbox"/> Grado 0-8/sin diploma <input type="checkbox"/> Grado 9-12/sin diploma	<input type="checkbox"/> GED/HiSET o equivalente <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria <input type="checkbox"/> Algunos estudios postsecundarios <input type="checkbox"/> Certificado de habilidad/trabajo	<input type="checkbox"/> Título asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Título de posgrado

Situación Laboral Actual	
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo (30+ horas/semana) <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial (Menos que 30 horas/semana) <input type="checkbox"/> Empleado por Temporada <input type="checkbox"/> Trabajador Agrícola Temporal Migrante <input type="checkbox"/> Desempleado – Niño <input type="checkbox"/> Desempleado - Estudiante	<input type="checkbox"/> Desempleado - En Formación Profesional <input type="checkbox"/> Desempleado - Corta Duración (6 meses o menos) <input type="checkbox"/> Desempleado - Larga Duración (más de 6 meses) <input type="checkbox"/> Desempleado - No Busca Trabajo <input type="checkbox"/> Desempleado - Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado

Principal Fuente de Ingresos	Ingreso Mensual Total
<input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Compensación por Desempleo <input type="checkbox"/> Seguro Social - Jubilación <input type="checkbox"/> Seguro Social - Incapacidad <input type="checkbox"/> Seguro Social - Sobreviviente <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	<input type="checkbox"/> Pensión o Fondo de Retiro <input type="checkbox"/> Pagos de Manutención de Niños <input type="checkbox"/> Subsidio de Acogida <input type="checkbox"/> Sin Fuentes de Ingreso <input type="checkbox"/> Ninguno – Hijo Dependiente <input type="checkbox"/> Otro: _____
\$ _____ <i>Proporcione su mejor estimación.</i>	

Tipo de Seguro Médico		
<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Compra Directa	<input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Proporcionado por el Empleador <input type="checkbox"/> Cuidado de la Salud Indio/Tribal <input type="checkbox"/> Seguro para Veteranos o Fuerzas Armadas	<input type="checkbox"/> Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) <input type="checkbox"/> Seguro Estatal de Salud para Adultos (SHIP) <input type="checkbox"/> Otro: _____

Miembro Adicional del Hogar - Complete una página por cada miembro adicional de su hogar.

Los miembros adicionales del hogar incluyen aquellos que viven en el mismo hogar que usted y que están relacionados con usted por nacimiento, matrimonio o adopción, o personas no relacionadas que viven con usted con quienes comparte ingresos y gastos de manutención. Esto ayudará a CSA a determinar su elegibilidad para uno o más programas.

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
First Name M.I. Last Name Suffix

Relación con el Solicitante			
<input type="checkbox"/> Esposo/a	<input type="checkbox"/> Otro Significativo/a	<input type="checkbox"/> Padre/Madre	<input type="checkbox"/> Niño/a
<input type="checkbox"/> Hermano/a	<input type="checkbox"/> Otro Miembro de la Familia	<input type="checkbox"/> Otro Persona no Relacionada	

Género	Discapacidad	Niño en Acogida	Idioma Principal	Dominio del Inglés
<input type="checkbox"/> Femenina	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Mediano
<input type="checkbox"/> No binario			<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Escaso
<input type="checkbox"/> Transgénero				<input type="checkbox"/> Competente

Raza	Origen Étnico
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano, Latino o Español
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> No Hispano, Latino o Español
<input type="checkbox"/> Hawaiano o de otras Islas del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Indígena Estadounidense o Nativo de Alaska	
<input type="checkbox"/> Multirracial	
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	
<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Mayor Nivel de Educación Completado		
<input type="checkbox"/> Niño, no en la escuela	<input type="checkbox"/> GED/HiSET o equivalente	<input type="checkbox"/> Título asociado
<input type="checkbox"/> Estudiante actual de K-12	<input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria	<input type="checkbox"/> Licenciatura
<input type="checkbox"/> Grado 0-8/sin diploma	<input type="checkbox"/> Algunos estudios postsecundarios	<input type="checkbox"/> Título de posgrado
<input type="checkbox"/> Grado 9-12/sin diploma	<input type="checkbox"/> Certificado de habilidad/trabajo	

Situación Laboral Actual	
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo (30+ horas/semana)	<input type="checkbox"/> Desempleado - En Formación Profesional
<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial (Menos que 30 horas/semana)	<input type="checkbox"/> Desempleado - Corta Duración (6 meses o menos)
<input type="checkbox"/> Empleado por Temporada	<input type="checkbox"/> Desempleado - Larga Duración (más de 6 meses)
<input type="checkbox"/> Trabajador Agrícola Temporal Migrante	<input type="checkbox"/> Desempleado - No Busca Trabajo
<input type="checkbox"/> Desempleado - Niño	<input type="checkbox"/> Desempleado - Discapacitado
<input type="checkbox"/> Desempleado - Estudiante	<input type="checkbox"/> Jubilado

Principal Fuente de Ingresos	Ingreso Mensual Total
<input type="checkbox"/> Empleo	\$ _____ <i>Proporcione su mejor estimación.</i>
<input type="checkbox"/> Compensación por Desempleo	
<input type="checkbox"/> Seguro Social - Jubilación	
<input type="checkbox"/> Seguro Social - Incapacidad	
<input type="checkbox"/> Seguro Social - Sobreviviente	
<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	
<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	
<input type="checkbox"/> Pensión o Fondo de Retiro	
<input type="checkbox"/> Pagos de Manutención de Niños	
<input type="checkbox"/> Subsidio de Acogida	
<input type="checkbox"/> Sin Fuentes de Ingreso	
<input type="checkbox"/> Ninguno - Hijo Dependiente	
<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Tipo de Seguro Médico		
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Seguro Privado	<input type="checkbox"/> Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Proporcionado por el Empleador	<input type="checkbox"/> Seguro Estatal de Salud para Adultos (SHIP)
<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Cuidado de la Salud Indio/Tribal	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Compra Directa	<input type="checkbox"/> Seguro para Veteranos o Fuerzas Armadas	