

Información del Solicitante – Por favor complete la siguiente información del solicitante primario.

Nombre		Inicial	Apellido		Sufijo	Fecha de Nacimiento / /	
Numero de Geguro Social	Genero		Raza Étnica		Estado Marital		Estado Otra
- -	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Femenina		<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano		<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		<input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Veterano
Idioma Primario	Idioma de Ingles		Raza (marquee todo el que aplique)				
	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente		<input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Otra Isla Pacifica <input type="checkbox"/> Blanca Especifique:				
Numero de Teléfono Primario				Secondary Phone			
() Ext.		<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Mensaje		() Ext.		<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Mensaje	
Correo Electrónico							
Domicilio				Unidad	Ciudad	Estado	Código Postal
Domicilio donde recibe el correo (si es diferente que el domicilio)				Unidad	Ciudad	Estado	Código Postal
Tipo de Residencia							
<input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Casa móvil/traila <input type="checkbox"/> Motel/Hotel		<input type="checkbox"/> Condominio/Townhouse <input type="checkbox"/> Duplex/Triplex/4-plex <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Parque/Calle/Coche					
Vivienda							
<input type="checkbox"/> Alquila <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> No paga		<input type="checkbox"/> Sin hoga <input type="checkbox"/> Otra		<input type="checkbox"/> Asociación Casa de Dueño			
Nivel Mas Alto de Estudios Completado				Status de Su Empleo Actual			
<input type="checkbox"/> 9 Grado o menos <input type="checkbox"/> HS Diploma/GED <input type="checkbox"/> Titulo Asociado <input type="checkbox"/> Maestría		<input type="checkbox"/> High School Sin-Graduarse <input type="checkbox"/> Algo de Colegio <input type="checkbox"/> Titulo Bachillerato		<input type="checkbox"/> Tiempo-completo (+35 horas/semana) <input type="checkbox"/> Medio-tiempo (-35 horas/semana) <input type="checkbox"/> Retirado o Discapacitado		<input type="checkbox"/> Empleo Temporal <input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela <input type="checkbox"/> Desempleo	
				Nombre del Empleador:			
Medio de Ingreso Primario del Solicitante				Cantidad Mensual	Periodo Recibido		
<input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Sin Ingreso <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Manutención de Niño Especifique:				\$ _____	De / / A / /		
Medio de Ingreso Secundario del Solicitante				Cantidad Mensual	Periodo Recibido		
<input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Sin Ingreso <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Manutención de Niño Especifique:				\$ _____	De / / A / /		
Cobertura de Seguro Medico Primario				Cobertura de Seguro Medico Secundario			
<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Nevada Check Up <input type="checkbox"/> Indian Health Services Especifique:		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Nevada Check Up <input type="checkbox"/> Indian Health Services Especifique:					

¿Alguien en el hogar recibe cualquiera de los siguientes servicios?		¿Cuántas personas viven en su hogar?	
<input type="checkbox"/> WIC	<input type="checkbox"/> Estampillas de Comida (Food Stamps)	Adultos: _____	
<input type="checkbox"/> Early Head Start	<input type="checkbox"/> Programa de asistencia con la electricidad	Niños: _____	
<input type="checkbox"/> Vivienda Section 8	<input type="checkbox"/> Cuidado Temporal		
<input type="checkbox"/> Vivienda HUD	<input type="checkbox"/> TANF y/o SSI		
Medio de Transporte Primario		¿Quién lo refirió?	
<input type="checkbox"/> Vehículo Privado	<input type="checkbox"/> Camina	<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Referido pos Agencia exterior
<input type="checkbox"/> Vehículo de un Amigo o Pariente	<input type="checkbox"/> Transportación Publica	<input type="checkbox"/> Periódico	<input type="checkbox"/> Eventos Comunitarios
<input type="checkbox"/> Otro, especifique:		<input type="checkbox"/> Televisión	<input type="checkbox"/> Referido de CSA/HS
		<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> Pagina de Internet
			<input type="checkbox"/> Amistad
			<input type="checkbox"/> Póster/volante
			<input type="checkbox"/> Directorio
			<input type="checkbox"/> Otro

Declaracion de la revelacion del solicitante al programa (Se Requiere la Firma)

Por la presente declaro que la información contenida en esta solicitud para los servicios del programa es verdadera y correcta a mi mejor entendimiento y conocimiento. Nadie representándome o yo hemos dado ninguna declaración falsa o engañosa. La aceptación de la solicitud no garantiza que los servicios serán ofrecidos bajo ningún programa, y esos servicios dependen en muchas cosas incluyendo la solicitud precisa, disponibilidad de fondos y la determinación que el solicitante califica para el programa.

Yo libero y exonero a la Agencia Community Services, sus agentes y representantes y cualquier persona suministrando información de cualquier y toda responsabilidad de cualquier naturaleza que resulte por la inspección a dicho documentos, record y otra información, y esta exoneración incluye a mi representante legal, heredero y persona asignada. Adicionalmente autorizo a la Agencia Community Services y sus agentes y representantes utilizar la información que eh proveído agregando a otros clientes de la Agencia Community Services para cualquier y todos los propósitos de fondos y reportes.

Firma del Solicitante

Fecha de Hoy

La Agencia Community Services, sus agentes, socios y medios de fondos no discriminan basándose en la raza, color, sexo, edad, religión, origen nacional, discapacidad, o status marital. "El USDA es un proveedor y empleador de oportunidades iguales."

Miembro Adicional en el Hogar – Por favor complete la siguiente información para cada uno de los miembros viviendo en el hogar.

Nombre		Inicial	Apellido		Sufijo	Fecha de Nacimiento	
						/ /	
Numero de Seguro Social	Genero	Raza Étnica		Estado Marital		Estado Otra	
- -	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Femenina	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano		<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		<input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Veterano	
Relacion al Solicitante							
<input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Padres/Guardian <input type="checkbox"/> Nino(a) <input type="checkbox"/> Otra Relacion <input type="checkbox"/> Otro Ningun <input type="checkbox"/> Hermano(a)							
Estado de las Miembros del Hogar							
<input type="checkbox"/> Adulto Secundario <input type="checkbox"/> Otro Adulto <input type="checkbox"/> Nino(a)							
Idioma Primario	Idioma de Ingles		Raza (marquee todo el que aplique)				
	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente		<input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Otra Isla Pacifica <input type="checkbox"/> Blanca Especificique:				
Nivel Mas Alto de Estudios Completado				Status de Su Empleo Actual			
<input type="checkbox"/> 9 Grado o menos <input type="checkbox"/> HS Diploma/GED <input type="checkbox"/> Titulo Asociado <input type="checkbox"/> Maestría		<input type="checkbox"/> High School Sin-Graduarse <input type="checkbox"/> Algo de Colegio <input type="checkbox"/> Titulo Bachillerato		<input type="checkbox"/> Tiempo-completo (+35 horas/semana) <input type="checkbox"/> Medio-tiempo (-35 horas/semana) <input type="checkbox"/> Retirado o Discapacitado		<input type="checkbox"/> Empleo Temporal <input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela <input type="checkbox"/> Desempleo	
				Nombre del Empleador:			
Medio de Ingreso Primario de Otro Miembro de la familia viviendo en el Hogar					Cantidad Mensual	Periodo Recibido	
<input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Sin Ingreso <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Manutención de Niño Especificique:					\$ _____	De _____ / _____ / _____ A _____ / _____ / _____	
Medio de Ingreso Secundario de Otro Miembro de la familia viviendo en el Hogar					Cantidad Mensual	Periodo Recibido	
<input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Sin Ingreso <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Manutención de Niño Especificique:					\$ _____	De _____ / _____ / _____ A _____ / _____ / _____	
Cobertura de Seguro Medico Primario				Cobertura de Seguro Medico Secundario			
<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Nevada Check Up <input type="checkbox"/> Indian Health Services Especificique:				<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Nevada Check Up <input type="checkbox"/> Indian Health Services Especificique:			