

**Información del Solicitante - Por favor complete la siguiente información del solicitante primario**

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

**Preguntas Misceláneas**

**¿Alguien en el hogar recibe cualquiera de los siguientes servicios?**

- WIC
- Estampillas de Comida (Food Stamps)
- Early Head Start
- Programa de asistencia con la electricidad
- Vivienda Section 8
- Cuidado Temporal, TANF y/o SSI
- Vivienda HUD

**¿Cuántas personas viven en su hogar?**

Adultos: \_\_\_\_\_

Niños: \_\_\_\_\_

**¿Quién lo refirió?**

- Familia
- Amistad
- Referido por Agencia exterior
- Referidos de CSA/Head Start
- Eventos Comunitarios
- Póster / volante
- Televisión
- Periódico
- Directorio
- Radio
- Pagina de Internet
- Otro

**Medio de Transporte Primario**

- Vehículo Privado
- Vehículo de un Amigo o Pariente
- Transportación Publica
- Camina
- Otro, Especifique: \_\_\_\_\_

**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."

**Community Services Agency Development Corporation**

Solicitud Central de Admisión - Página 3

Revisada 1/6/2009

1090 Este de la Calle 8. Reno, NV 89512

Teléfono: (775) 786-6023

Fax: (775) 333-8684

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

| Nombre | Inicial | Apellidos | Sufijo | Fecha de Nacimiento |
|--------|---------|-----------|--------|---------------------|
|        |         |           |        | / /                 |

**Relación al Solicitante**

Esposo (a)   
  Pareja   
  Padres/Guardián   
  Niño (a)   
  Otra Relación   
  Otro Ningún-   
  Hermano (a)

| Número de Seguro Social | Genero  | Raza Étnica   | Raza (marque todo el que aplique)  | Parentesco |
|-------------------------|---|---|--|------------|
| - -                     | <input type="radio"/> Masculino<br><input type="radio"/> Femenino | <input type="radio"/> Hispano<br><input type="radio"/> No-Hispano | <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Negra <input type="radio"/> Americano Nativo<br><input type="radio"/> Isla Pacifica <input type="radio"/> Blanca <input type="radio"/> Especifique: _____ |            |

| Idioma Primario | Idioma de Ingles  | Estado Marital   | Estado de los Miembros del Hogar  |
|-----------------|---|--|---|
|                 | <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Malo<br><input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Competente | <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado<br><input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viudo | <input type="radio"/> Adulto Secundario <input type="radio"/> Niño (a)<br><input type="radio"/> Otro Adulto |

| Nivel Mas Alto de Estudios Completado   | Status de Su Empleo Actual   | Discapacitado  |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> 9 grado o menos <input type="radio"/> High School Sin-Graduarse<br><input type="radio"/> HS Diploma/GED <input type="radio"/> Algo de Colegio<br><input type="radio"/> Titulo Asociado <input type="radio"/> Titulo Bachiller<br><input type="radio"/> Maestría | <input type="radio"/> Tiempo-completo (+35 horas/semana) <input type="radio"/> Empleo Temporal<br><input type="radio"/> Medio-tiempo (-35 horas/semana) <input type="radio"/> Entrenamiento o Escuela<br><input type="radio"/> Retirado o Discapacitado <input type="radio"/> Desempleo<br>Nombre del Empleador: _____ | <input type="radio"/> Si<br><input type="radio"/> No |

| Medio de Ingreso Primario de Otro Miembro de la familia viviendo en el Hogar   | Cantidad Mensual | Periodo Recibido  |
|--|------------------|-------------------|
| <input type="radio"/> Empleo <input type="radio"/> Desempleo <input type="radio"/> Sin o Ingreso<br><input type="radio"/> Social Security <input type="radio"/> SSI <input type="radio"/> TANF<br><input type="radio"/> Pensión <input type="radio"/> Manutención de Niño <input type="radio"/> Especifique: _____ | \$ _____         | De: / /<br>A: / / |

| Medio de Ingreso de Otro Miembro de la Familia viviendo en el hogar  | Cantidad Mensual | Periodo Recibido  |
|--|------------------|-------------------|
| <input type="radio"/> Empleo <input type="radio"/> Desempleo <input type="radio"/> Sin Ingreso<br><input type="radio"/> Seguro Social <input type="radio"/> SSI <input type="radio"/> TANF<br><input type="radio"/> Pensión <input type="radio"/> Manutención de Niño <input type="radio"/> Especifique: _____ | \$ _____         | De: / /<br>A: / / |

**Información de la Cobertura de Seguro Medico**

| Cobertura de Seguro Medico Primario  | Cobertura de Seguro Medico Secundario  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Medicaid <input type="radio"/> Medicare<br><input type="radio"/> Privado <input type="radio"/> Nevada Check Up<br><input type="radio"/> Especifique: _____ | <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Medicaid <input type="radio"/> Medicare<br><input type="radio"/> Privado <input type="radio"/> Nevada Check Up<br><input type="radio"/> Especifique: _____ |