

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

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"/> Descapacitado		<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"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isla Pacifico	<input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Americano Nativo 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"/> Condominio/Townhouse		<input type="checkbox"/> Duplex/Triplex/4-plex				
<input type="checkbox"/> Casa móvil/traila	<input type="checkbox"/> Motel/Hotel	<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"/> High School Sin-Graduarse			<input type="checkbox"/> Tiempo-completo (+35 horas/semana)		<input type="checkbox"/> Empleo Temporal		
<input type="checkbox"/> HS Diploma/GED	<input type="checkbox"/> Algo de Colegio			<input type="checkbox"/> Medio-tiempo (-35 horas/semana)		<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela		
<input type="checkbox"/> Titulo Asociado	<input type="checkbox"/> Titulo Bachillerato			<input type="checkbox"/> Retirado o Descapacitado		<input type="checkbox"/> Desempleo		
<input type="checkbox"/> Maestría				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		\$ _____	De	/ /		
<input type="checkbox"/> Seguro Social	<input type="checkbox"/> SSI	<input type="checkbox"/> TANF				A	/ /	
<input type="checkbox"/> Pensión	<input type="checkbox"/> Manutención de Niño	Especifique:						
Medio de Ingreso Secundario del Solicitante				Cantidad Mensual	Periodo Recibido			
<input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Desempleo	<input type="checkbox"/> Sin Ingreso		\$ _____	De	/ /		
<input type="checkbox"/> Seguro Social	<input type="checkbox"/> SSI	<input type="checkbox"/> TANF				A	/ /	
<input type="checkbox"/> Pensión	<input type="checkbox"/> Manutención de Niño	Especifique:						
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"/> 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		<input type="checkbox"/> Privado	<input type="checkbox"/> Nevada Check Up	<input type="checkbox"/> Indian Health Services		
Especifique:				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

Program Applicant Disclosure Statement (SIGNATURE REQUIRED)

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"/> Descapacitado <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"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Competente	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isla Pacifico	<input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Americano Nativo Especifique:	
Nivel Mas Alto de Estudios Completado				Status de Su Empleo Actual			
<input type="checkbox"/> 9 Grado o menos	<input type="checkbox"/> High School Sin-Graduarse	<input type="checkbox"/> HS Diploma/GED		<input type="checkbox"/> Tiempo-completo (+35 horas/semana)	<input type="checkbox"/> Empleo Temporal		
<input type="checkbox"/> Titulo Asociado	<input type="checkbox"/> Titulo Bachillerato	<input type="checkbox"/> Algo de Colegio		<input type="checkbox"/> Medio-tiempo (-35 horas/semana)	<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela		
<input type="checkbox"/> Maestría				<input type="checkbox"/> Retirado o Descapacitado	<input type="checkbox"/> Desempleo		
				Nombre del Empleador:			
Medio de Ingreso Primario					Cantidad Mensual	Periodo Recibido	
<input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Desempleo	<input type="checkbox"/> Sin Ingreso			\$ _____	De _____ / _____ / _____	
<input type="checkbox"/> Seguro Social	<input type="checkbox"/> SSI	<input type="checkbox"/> TANF				A _____ / _____ / _____	
<input type="checkbox"/> Pensión	<input type="checkbox"/> Manutención de Niño	Especifique:					
Medio de Ingreso Secundario					Cantidad Mensual	Periodo Recibido	
<input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Desempleo	<input type="checkbox"/> Sin Ingreso			\$ _____	De _____ / _____ / _____	
<input type="checkbox"/> Seguro Social	<input type="checkbox"/> SSI	<input type="checkbox"/> TANF				A _____ / _____ / _____	
<input type="checkbox"/> Pensión	<input type="checkbox"/> Manutención de Niño	Especifique:					
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"/> 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		<input type="checkbox"/> Privado	<input type="checkbox"/> Nevada Check Up	<input type="checkbox"/> Indian Health Services	
Especifique:				Especifique:			