

TWO RIVERS HEAD START AGENCY FORMA DE ENTRADA CSBG

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE APLICA PARA LA ASISTENCIA Y DE SU FAMILIA

Apellido _____ Nombre _____

Dirección _____ # de Apt. _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono _____

¿Recibe su familia Estampillas de Alimentos? **Sí** **No** Sí, ¿cuántos por mes? _____

CLAVE DEMOGRÁFICA DE LA FAMILIA (Circule abajo lo que aplica a su familia)

Número de Personas en la Familia: _____

Costo de Renta o Hipoteca mensual \$ _____

TIPO DE FAMILIA (TIEMPO PRESENTE)	ESTADO DE VIVIENDA	TIPO DE VIVIENDA
PADRE SOLTERO LOS DOS PADRES FAMILIA ACOGIDA PAREJAS SIN NIÑOS PERSONA SOLTERA OTRO _____	RENTA ¿Recibe Sección 8 para su renta? (Y/ N) DUENO SIN HOGAR (con techo) SIN HOGAR (sin techo) Si no tiene hogar, ¿se ha quedado en un refugio en los últimos 90 días? (Y/N)	CASA APARTAMENTO (# DE UNIDADES __2-4 __5-10 __11 o más) CASA MOVIL HABITACIÓN INDIVIDUAL

Si no tiene ingresos, ¿como se mantiene usted/familia? _____

TIPOS DE INGRESO POR LA FAMILIA: EMPLEO TANF DESEMPLEO COMP. TRABAJADORES SOSTENIMIENTO DE HIJO(A) ASISTENCIA GENERAL SEGURO SOCIAL PENSIÓN SSI NADA

TIPO DE INGRESO	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE INGRESO	¿QUE FRECUENTE LE PAGAN? (Circule)				CANTIDAD (ANTES DE IMPUESTOS)
		Mensual	Semanal	Cada dos semanas	2 veces al mes	
		Mensual	Semanal	Cada dos semanas	2 veces al mes	
		Mensual	Semanal	Cada dos semanas	2 veces al mes	
		Mensual	Semanal	Cada dos semanas	2 veces al mes	

INFORMACIÓN DE FAMILIA (Por favor llene completamente)

Nombres	Fechas de Nacimiento	Edad	Veterano Sí o No	Discapacitado Sí o No	Sexo	Números de Seguro Social	Seguro de Salud (tarjeta medica, privado, nada)	Raza (Black, Hisp, White, etc).	Nivel de Educación	Relación con la Cabeza de Familia
										USTED

AFIRMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA VERIFICAR INFORMACIÓN DE ESTA APLICACIÓN

DECLARACIÓN DEL APLICANTE: Yo certifico que la información de arriba es correcta y en una revelación completa de la información solicitada. Por lo presente, reconozco que la información relacionada con mi elegibilidad requiere verificación y/o documentación; y con mi firma, autorizo a otros a enviar dicha información según sea necesario para determinar mi elegibilidad.

Firma de la Persona que Aplica _____ Fecha: _____

Firma del Entrevistador _____ Fecha: _____

OFFICE USE ONLY

MONETARY ASSISTANCE:

A. Amount Approved \$ _____ Date _____ **Total Family 90 Day Income \$** _____

B. Authorized By _____ Date _____ Vendor Name: _____

C. Date Check Issued _____ Check # _____ Address: _____

Entered by: _____