

FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL CLIENTE

Nombre (nombre, apellido):		
Dirección (donde te encuentras actualmente o N/A):		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono	Email	
SS#/ITIN#/PASAPORTE# (últimos 5 dígitos)	# de Licencia (Si es que aplica)	
Fecha de Nacimiento (dia/mes/año)	/ /	
Número de teléfono Alternativo	Contacto de emergencia	
Ingresos Mensuales \$:	Eres la cabeza de hogar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Género	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No deseo contestar	
Status Marital	<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)	
Número de hijos	Edades de tus hijos (si es que aplica)	
Etnicidad	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Multi-Racial <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Hispano(a)/Latino(a) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido	
Status de Empleo	<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado	
Educación	<input type="checkbox"/> No Completada <input type="checkbox"/> Solo complete Elementary <input type="checkbox"/> Solo complete Middle School <input type="checkbox"/> Diploma de Secundaria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> No complete college <input type="checkbox"/> Complete la universidad	
Status Militar	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Activo(a) <input type="checkbox"/> Reserves <input type="checkbox"/> Dishonorable Discharge <input type="checkbox"/> Discharged <input type="checkbox"/> Retirado	

Certifico que toda la información mencionada anteriormente es verdadera y correcta. Entiendo que puedo ser descalificado/a para recibir asistencia si proporciono información falsa o no presento la documentación requerida. Por la presente autorizo a Community Fuse y al recurso al que estoy solicitando asistencia a obtener mi información de este formulario y utilizarla para referirme a otros recursos si es necesario. Entiendo que el recurso puede solicitar una foto de la identificación o rostro de cada solicitante. Comprendo que el propósito de la red de intercambio de datos de Community Fuse en colaboración con organizaciones sin fines de lucro, agencias de servicios sociales y otros recursos es ayudar a los solicitantes con otros recursos para los que puedan ser elegibles y necesitar. ESTA AUTORIZACIÓN NO CADUCA A MENOS QUE SE SOLICITE POR ESCRITO.

Fecha _____

Firma de Aplicante/Representante: _____

FUENTES DE INGRESO

Beneficios No Monetarios

Cupones de alimentos o dinero para alimentos en una tarjeta de beneficios	<input type="checkbox"/>
Programa de seguro de salud MEDICAID	<input type="checkbox"/>
Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (SCHIP)	<input type="checkbox"/>
Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)	<input type="checkbox"/>
Servicios Médicos de la Administración de Veteranos (VA)	<input type="checkbox"/>
Servicios de cuidado infantil TANF	<input type="checkbox"/>
Servicios de transporte TANF	<input type="checkbox"/>
Otros Servicios Financiados por TANF	<input type="checkbox"/>
Sección 8, Vivienda Pública u otra asistencia de alquiler	<input type="checkbox"/>
Otra fuente:	<input type="checkbox"/>

Fuentes y Montos de Ingresos

Ingresos obtenidos (es decir, ingresos laborales)	\$
Seguro de Desempleo	\$
Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI)	\$
Ingreso de Discapacidad del Seguro Social (SSDI)	\$
Pago por discapacidad de veterano	\$
Seguro de discapacidad privado	\$
Compensación de trabajador	\$
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	\$
Asistencia General (GA)	\$
Ingreso de jubilación del Seguro Social	\$
Pensión de veterano	\$
Pensión de un trabajo anterior	\$
Manutención de los hijos	\$
Manutención conyugal u otra asistencia conyugal	\$
Otra fuente:	\$
Ingresos Mensuales Totales	\$

Gastos Mensuales

Vivienda y Servicios Públicos

Mensual

Renta	\$
Electricidad	\$
Gas	\$
Agua	\$
Cable TV	\$
Internet	\$

Préstamos

Carro 1	\$
Carro 2	\$
Tarjeta de crédito 1	\$
Tarjeta de crédito 2	\$
Tarjeta de crédito 3	\$
Avance de cheque 1	\$

Seguro/Medico/Dental

Medico	\$
Dental	\$
Seguro de Vivienda (House/Renters Insurance)	\$
Seguro de carro(os)	\$
Medicamentos	\$
Pagos de deudas Medicas/ Dentales	\$

Otros Gastos

Celular	\$
Multas / Gastos legales	\$
Child Support (Manutención de hijos)	\$
Costos de alojamiento	\$
Gasolina de los carros (Estimado)	\$
Despensas (estimado mensual)	\$
Otro (Por favor describa)	\$
Gasatos mensuales totales	\$

Ingresos totales mensuales	\$
Gastos totales mensuales	\$
Dinero disponible cada mes	\$