



# Aplicación de entrada 2020

Información del jefe de familia

<b>Nombre:</b>	<b>Inicial del segundo nombre:</b>	<b>Apellido:</b>	
<b>Relación a el jefe de hogar:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Número de seguro social:</b>	<b>Genero:</b> Masculino      Femenino
<b>Dirección:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Código Postal:</b>	<b>Teléfono:</b>

## Información del jefe/a de hogar

<b>Educación</b>	0-8 <sup>vo</sup> grado	9-12 <sup>th</sup> grado	Graduado de secundaria	GED	12+ colegio	2-4 graduado/a de colegio	
<b>Discapacitado/a</b>	Si	No	<b>Hispano/a</b>			Si	No
<b>Raza</b>	Negro/a/Afro Americano/a	Blanco/a	Asiático /a	Hawaiano/a/Isleño/a pacifico	Nativo/a Americano/a	Birracial/Multirracial	Otro
<b>Estado de Empleo</b>	Empleado FT	Empleado PT	Emigrante	Retirado	Desempleado 6 meses o mas	Desempleado menos de 6 meses	Estudiante
<b>Desempleado y no estudiando:</b> SI/NO Razón:							
<b>Seguro Medico</b>	Ninguno		Compra directa	Militar	Medicare		
<b>Medicaid</b>	Seguro de estado para niños/as CHIP		Seguro de estado Adultos	Basado en el empleo		Otro	
<b>Estado Civil</b>	Soltero/a	Casado/a	Divorciado/a	Separado/a	Viudo/a	Pareja domestica	

<b>Veterano/a</b>	Si	No	<b>Esposo/a elegible del veterano</b>				Si	NO
<b>Veterano/a</b>	Fecha de comienzo de servicio:	Fecha final de servicio:	Discapacidad conectada al servicio	Si	No	% de discapacidad		

## Información de la casa y residencia

<b>Tipo de familia</b>	Familia extendida	Multigeneracional	Otro	Madre soltera	
Padre soltero	Persona soltero/a	2 adultos sin niños	Familia de dos padres		
<b>Alojamiento</b>	Dueño/a	Alquila	Cuartos temporales	Vagabundo/a	Si es dueño/a el año que la casa fue construida
<b>Tipo de residencia</b>	Apartamento Alquilado			Casa móvil Alquilada	Vivienda unifamiliar alquilada
Dueño/a casa móvil	Dueño/a vivienda unifamiliar		Cuartos temporales	Vagabundo/a	

## Necesidades del hogar

Asistencia con empleo	Alojamiento	Seguro Medico
Resume de empleo	Asistencia con utilidades	Embarazo Medico
Familia	Climatización	Entrenamiento-ESL
Cupones de alimentos	Referencia legal	Entrenamiento-GED
Comida-Comida de emergencia	Recetas medicas	Entrenamiento-Ed Voc

Complete todas las secciones

**Ingresos del hogar**

<i>Tipo de Ingreso</i>	<i>Persona Recibiendo el Ingreso</i>	<i>Cantidad por mes</i>
<i>Empleo</i>		
<i>Empleo</i>		
<i>Seguro Social</i>		
<i>Seguro Social</i>		
<i>Seguro Social por discapacidad</i>		
<i>Seguro Social por discapacidad</i>		
<i>Cupones de alimento</i>		
<i>Manutención de hijos/as/TANF</i>		
<i>Discapacidad de la Administración de Veteranos</i>		
<i>Pención</i>		
<i>Compensación del desempleo</i>		

**Describa su situación de emergencia**


**Esposo/a u otro miembro familiar**

<i>Nombre:</i>	<i>Inicial del segundo nombre:</i>	<i>Apellido:</i>	
<i>Relación a el jefe de hogar:</i>	<i>Fecha de nacimiento:</i>	<i>Número de seguro social:</i>	<i>Genero:</i> Masculino    Femenino

**Esposo/a u otro miembro familiar**

<b>Educación</b>	0-8 <sup>vo</sup> grado	9-12 <sup>th</sup> grado	Graduado de secundaria	GED	12+ colegio	2-4 graduado/a de colegio	
<b>Discapacitado/a</b>	Si	No	<b>Hispano/a</b>			Si	No
<b>Raza</b>	Negro/a/Afro Americano/a	Blanco/a	Asiático /a	Hawaiano/a/Isleño/a pacifico	Nativo/a Americano/a	Birracial/Multirracial	Otro
<b>Estado de Empleo</b>	Empleado FT	Empleado PT	Emigrante	Retirado	Desempleado 6 meses o mas	Desempleado menos de 6 meses	Estudiante
<b>Desempleado y no estudiando:</b> SI/NO    Razón:							
<b>Seguro Medico</b>	Ninguno		Compra directa	Militar	Medicare		
<b>Medicaid</b>	Seguro de estado para niños/as CHIP		Seguro de estado Adultos	Basado en el empleo		Otro	
<b>Estado Civil</b>	Soltero/a	Casado/a	Divorciado/a	Separado/a	Viudo/a	Pareja domestica	

<b>Veterano/a</b>	Si	No	<b>Esposo/a elegible del veterano</b>				Si	NO
<b>Veterano/a</b>	<i>Fecha de comienzo de servicio:</i>		<i>Fecha final de servicio:</i>	<i>Discapacidad conectada al servicio</i>	Si	No	<i>% de discapacidad</i>	

Complete todas las secciones

Esposo/a u otro miembro familiar

Hijo/a u otro miembro familiar

Hijo/a u otro miembro familiar							
Nombre:		Inicial del segundo nombre:		Apellido:			
Relación a el jefe de hogar:		Fecha de nacimiento:		Número de seguro social:		Genero: Masculino Femenino	
Hijo/a u otro miembro familiar							
Educación	0-8 <sup>vo</sup> grado	9-12 <sup>th</sup> grado	Graduado de secundaria	GED	12+ colegio	2-4 graduado/a de colegio	
Discapacitado/a	Sí No		Hispano/a			Sí No	
Raza	Negro/a/Afro Americano/a	Blanco/a	Asiático/a	Hawaiano/a/Isleño/a pacífico	Nativo/a Americano/a	Birracial/Multirracial	Otro
Estado de Empleo	Empleado FT	Empleado PT	Emigrante	Retirado	Desempleado 6 meses o mas	Desempleado menos de 6 meses	Estudiante
Desempleado y no estudiando: SI/NO Razón:							
Seguro Medico	Ninguno		Compra directa	Militar		Medicare	
Medicaid	Seguro de estado para niños/as CHIP		Seguro de estado Adultos		Basado en el empleo	Otro	
Estado Civil	Soltero/a	Casado/a	Divorciado/a	Separado/a	Viudo/a	Pareja domestica	
Veterano/a	Sí	No	Esposo/a elegible del veterano			Sí	NO
Veterano/a	Fecha de comienzo de servicio:	Fecha final de servicio:	Discapacidad conectada al servicio	Sí	No	% de discapacidad	

Hijo/a u otro miembro familiar

Hijo/a u otro miembro familiar							
Nombre:		Inicial del segundo nombre:		Apellido:			
Relación a el jefe de hogar:		Fecha de nacimiento:		Número de seguro social:		Genero: Masculino Femenino	
Educación	0-8 <sup>vo</sup> grado	9-12 <sup>th</sup> grado	Graduado de secundaria	GED	12+ colegio	2-4 graduado/a de colegio	
Discapacitado/a	Sí No		Hispano/a			Sí No	
Raza	Negro/a/Afro Americano/a	Blanco/a	Asiático/a	Hawaiano/a/Isleño/a pacífico	Nativo/a Americano/a	Birracial/Multirracial	Otro
Estado de Empleo	Empleado FT	Empleado PT	Emigrante	Retirado	Desempleado 6 meses o mas	Desempleado menos de 6 meses	Estudiante
Desempleado y no estudiando: SI/NO Razón:							
Seguro Medico	Ninguno		Compra directa	Militar		Medicare	
Medicaid	Seguro de estado para niños/as CHIP		Seguro de estado Adultos		Basado en el empleo	Otro	
Estado Civil	Soltero/a	Casado/a	Divorciado/a	Separado/a	Viudo/a	Pareja domestica	
Veterano/a	Sí	No	Esposo/a elegible del veterano			Sí	NO
Veterano/a	Fecha de comienzo de servicio:	Fecha final de servicio:	Discapacidad conectada al servicio	Sí	No	% de discapacidad	

Hijo/a u otro miembro familiar

Hijo/a u otro miembro familiar			
Nombre:		Inicial del segundo nombre:	Apellido:
Relación a el jefe de hogar:		Fecha de nacimiento:	Número de seguro social:
			Genero: Masculino Femenino

Educación		0-8 <sup>vo</sup> grado	9-12 <sup>th</sup> grado	Graduado de secundaria	GED	12+ colegio	2-4 graduado/a de colegio	
Discapacitado/a		Si	No	Hispano/a			Si	No
Raza		Negro/a/Afro Americano/a	Blanco/a	Asiático/a	Hawaiano/a/Isleño/a pacífico	Nativo/a Americano/a	Birracial/Multirracial	Otro
Estado de Empleo		Empleado FT	Empleado PT	Emigrante	Retirado	Desempleado 6 meses o mas	Desempleado menos de 6 meses	Estudiante
Desempleado y no estudiando: SI/NO Razón:								
Seguro Medico		Ninguno		Compra directa		Militar		Medicare
Medicaid		Seguro de estado para niños/as CHIP		Seguro de estado Adultos		Basado en el empleo		Otro
Estado Civil		Soltero/a	Casado/a	Divorciado/a	Separado/a	Viudo/a	Pareja domestica	

Veterano/a		Si	No	Esposo/a elegible del veterano			Si	NO
Veterano/a		Fecha de comienzo de servicio:		Fecha final de servicio:		Discapacidad conectada al servicio	Si	No
								% de discapacidad

Hijo/a u otro miembro familiar

Hijo/a u otro miembro familiar								
Nombre:			Inicial del segundo nombre:			Apellido:		
Relación a el jefe de hogar:			Fecha de nacimiento:			Número de seguro social:		Genero:
								Masculino Femenino
Educación		0-8 <sup>vo</sup> grado	9-12 <sup>th</sup> grado	Graduado de secundaria	GED	12+ colegio	2-4 graduado/a de colegio	
Discapacitado/a		Si	No	Hispano/a			Si	No
Raza		Negro/a/Afro Americano/a	Blanco/a	Asiático/a	Hawaiano/a/Isleño/a pacífico	Nativo/a Americano/a	Birracial/Multirracial	Otro
Estado de Empleo		Empleado FT	Empleado PT	Emigrante	Retirado	Desempleado 6 meses o mas	Desempleado menos de 6 meses	Estudiante
Desempleado y no estudiando: SI/NO Razón:								
Seguro Medico		Ninguno		Compra directa		Militar		Medicare
Medicaid		Seguro de estado para niños/as CHIP		Seguro de estado Adultos		Basado en el empleo		Otro
Estado Civil		Soltero/a	Casado/a	Divorciado/a	Separado/a	Viudo/a	Pareja domestica	

Veterano/a		Si	No	Esposo/a elegible del veterano			Si	NO
Veterano/a		Fecha de comienzo de servicio:		Fecha final de servicio:		Discapacidad conectada al servicio	Si	No
								% de discapacidad