



# Aplicación de entrada 2024

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>

¿Está usted y un empleado en HCCAA? Si    No

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

## 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 soltera/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	
Ingresos del hogar			

\*\*\* Información importante para ex miembros del servicio militar. Las mujeres y los hombres que sirvieron en cualquier rama de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, incluidos el Ejército, la Marina, la Infantería de Marina, la Guardia Costera, las Reservas o la Guardia Nacional, pueden ser elegibles para beneficios y servicios adicionales. Para obtener más información, visite el Portal de Veteranos de Texas en <https://veterans.portal.texas.gov/> \*\*\*

Complete todas las secciones

Complete todas las secciones

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

<b>Describa su situación de emergencia</b>

<b>Esposo/a u otro miembro familiar</b>
---

<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>Esposo/a u otro miembro familiar</b>
---

<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: SI/NO Razón:</b>							
<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	

Esposo/a u otro miembro familiar

Publication of Hill Country Community ActionEgreen/resources2020

**Declaración de Certificación:** Certifico que la información anterior es verdadera y precisa. También entiendo que durante la verificación en caso de que cualquier parte sea falsa, la participación puede ser terminada. También entiendo que la información contenida se mantendrá en confianza y se utilizará para determinar la elegibilidad y la planificación del programa. Entiendo que esta información se compartirá con las agencias federales, estatales y locales según sea necesario.

Firma

Fecha

Hijo/a u otro miembro familiar

<b>Veterano/a</b>	Si	No	<b>Esposo/a elegible del veterano</b>				Si	NO
Veterano/a	Fecha de comienzo de servicio:	Fecha final de servicio:	Discapacidad conectada al servicio	Si	No	% de discapacidad		
<b>Hijo/a u otro miembro familiar</b>								
Nombre:		Inicial del segundo nombre:		Apellido:				
Relación a el jefe de hogar:		Fecha de nacimiento:		Número de seguro social:		Genero: Masculino    Femenino		
<b>Hijo/a u otro miembro familiar</b>								
<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 pacífico	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
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

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

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	