

INFORMACIÓN PERSONAL – LÍDER DEL HOGAR

Apellido	Nombre de Pila	Fecha de Nacimiento	Edad	Seguro Social	Genero H/M/T/O	Veterano Y/N	Carrera
1							

Circule Étnico : - Nativo de Alaska/ Alear/Esquimal – Indio Americano/Nativo Americano - Asiático - Negro/Africano Americano - Hispano/Latino – Medio Este /Norte Africano – Pacífico de Isla - Blanco/Anglo – NO Divulgado - u Otro

Lenguaje Primario:

ESTADO CIVIL

<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Ley Comun
<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> No revelado	<input type="checkbox"/> Otro:

DIRECCION DE VIVENDA

Dirección 1:	Dirección 2:		
Ciudad (Por favor seleccione uno)	<input type="checkbox"/> Littleton	<input type="checkbox"/> Centennial	
<input type="checkbox"/> Englewood	<input type="checkbox"/> Glendale	<input type="checkbox"/> Highlands Ranch	
<input type="checkbox"/> Unincorporated Arapahoe	<input type="checkbox"/> Lone Tree	<input type="checkbox"/> Sheridan	
<input type="checkbox"/> Otro:	Estado:	Código Postal:	Cuanto tiempo has residido en este lugar? :

TIPO DE VIVIENDA

<input type="checkbox"/> Propia Casa	<input type="checkbox"/> Alquiler Privado	<input type="checkbox"/> Sección 8	<input type="checkbox"/> Evacuado
<input type="checkbox"/> Con familia/amigos	<input type="checkbox"/> Hogar/ Refugio Juvenil	<input type="checkbox"/> Refugio de emergencia/ misión/ transitorio	<input type="checkbox"/> Desarzonado
<input type="checkbox"/> No divulgada	<input type="checkbox"/> Otro:		

Información de Contacto

Numero de teléfono:	Alt:	Dirección de correo:	Alt:
---------------------	------	----------------------	------

Auto identificación

<input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Nuevo Inmigrante	<input type="checkbox"/> Veterano	<input type="checkbox"/> Refugio
<input type="checkbox"/> Enfermedad Mental	<input type="checkbox"/> Embarazada	<input type="checkbox"/> Postparto	<input type="checkbox"/> Lactancia Materna
<input type="checkbox"/> No revelada	<input type="checkbox"/> Evacuado	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Otro:

MIEMBROS ADICIONALES DEL HOGAR

<input type="checkbox"/> Inicio	<input type="checkbox"/> Comidas del Colegio	<input type="checkbox"/> Ayuda de Veterinarios	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Jubilación
<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Energética de Bajos Ingresos (LHEAP)		<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Otro:	

GASTOS DEL HOGAR

<input type="checkbox"/> Cuidado de Niños	Cantidad mensual	\$	<input type="checkbox"/> Manutención de los hijos	Cantidad mensual	\$
<input type="checkbox"/> Hipoteca	Cantidad mensual	\$	<input type="checkbox"/> Renta	Cantidad mensual	\$
<input type="checkbox"/> Gastos Escolares	Cantidad mensual	\$	<input type="checkbox"/> Transito	Cantidad mensual	\$
<input type="checkbox"/> Utilidades	Cantidad mensual	\$	<input type="checkbox"/> Vehículo	Cantidad mensual	\$
<input type="checkbox"/> Medico	Cantidad mensual	\$	<input type="checkbox"/> Otro Fuentes:	Cantidad mensual	\$

GASTOS MENSUALES TOTALES: \$

INGRESOS FAMILIAR Y ADICIONAL DEL HOGAR

Segundo Fuente de Ingresos			Tercer Fuente de Ingresos		
<input type="checkbox"/> Desempleado	Cantidad mensual	\$	<input type="checkbox"/> Desempleado	Cantidad mensual	\$
<input type="checkbox"/> Empleado	Cantidad mensual	\$	<input type="checkbox"/> Empleado	Cantidad mensual	\$
<input type="checkbox"/> Otro	Cantidad mensual	\$	<input type="checkbox"/> Otro	Cantidad mensual	\$

TOTAL DEL HOGAR Y ADICIONAL INGRESOS DEL HOGAR: \$

Consideraciones De Dieta

<input type="checkbox"/> Diabético	<input type="checkbox"/> Huevo	<input type="checkbox"/> Fruta	<input type="checkbox"/> Gluten
<input type="checkbox"/> Leche	<input type="checkbox"/> SAL	<input type="checkbox"/> Cacahuates	<input type="checkbox"/> Cerdo
<input type="checkbox"/> Mariscos	<input type="checkbox"/> Sésamo	<input type="checkbox"/> Soja	<input type="checkbox"/> Sulfito
<input type="checkbox"/> Nueces de Árbol	<input type="checkbox"/> Vegano	<input type="checkbox"/> Vegetariano	<input type="checkbox"/> Trigo
<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Otro:		

Firma

Con mi firma, yo certifico y afirmo toda la información adjunta en esta aplicación y entiendo todos los requisitos para servicios proveídos por IFCS como se me han explicado. IFCS provee servicios sin prejuicio contra ningún grupo. Entiendo que IFCS tiene normas escritas en cuanto al registro de Quejas y Desagravios y que puedo pedir una copia de la póliza. El programa de IFCS que provee apoyo para vivienda opera según las leyes y reglas de Vivienda Justa y Oportunidad Igual del gobierno federal.

He leído la declaracion del USDA de No- Discrimiacion adjunta con esta forma.

Firma

Fecha

Adicional de Miembros del hogar									
Apellido	Nombre de Pila	Fecha de Nacimiento	Edad	Genero H/M/T/O	Relación	Numero Social	Veterano S/N	Carrera	Etnicidad

SERVICIOS RECIBIDOS				
<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia de Sección 8	<input type="checkbox"/> Ayuda a Necesitados Discapacitados (AND)	<input type="checkbox"/> Ayuda a Ciegos o Discapacitados	<input type="checkbox"/> Programa de Seguro de Salud para Niños	<input type="checkbox"/> Alcance de Emergencia de Colorado (EOC)
<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)	<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingresos Suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias (TANF)	<input type="checkbox"/> Programa de Alimentos Suplementarios de Productos Básicos(CSFP)	<input type="checkbox"/> Asistencia suplementaria para Mujeres, Bebes y Niños (WIC)
<input type="checkbox"/> Inicio	<input type="checkbox"/> Comidas del Colegio	<input type="checkbox"/> Ayuda de Veterinarios	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Jubilación
<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Energética de Bajos Ingresos (LHEAP)	N/A		<input type="checkbox"/> Otro:	

INGRESOS FAMILIAR Y ADICIONAL DEL HOGAR					
Mas Fuentes de Ingresos			Más Fuentes Adicional Del Hogar		
<input type="checkbox"/> Desempleado	Cantidad mensual	\$	<input type="checkbox"/> Desempleado	Cantidad mensual	\$
<input type="checkbox"/> Empleado	Cantidad mensual	\$	<input type="checkbox"/> Empleado	Cantidad mensual	\$
<input type="checkbox"/> Otro:	Cantidad mensual	\$	<input type="checkbox"/> Otro:	Cantidad mensual	\$
TOTAL DEL HOGAR Y ADICIONAL INGRESOS DEL HOGAR:		\$			

Consideraciones De Dieta			
<input type="checkbox"/> Diabético	<input type="checkbox"/> Huevo	<input type="checkbox"/> Frusta	<input type="checkbox"/> Gluten
<input type="checkbox"/> Leche	<input type="checkbox"/> SAL	<input type="checkbox"/> Cacahuates	<input type="checkbox"/> Pork
<input type="checkbox"/> Mariscos	<input type="checkbox"/> Sésamo	<input type="checkbox"/> Soja	<input type="checkbox"/> Sulphite
<input type="checkbox"/> Nueces de Árbol	<input type="checkbox"/> Vegano	<input type="checkbox"/> Vegetariano	<input type="checkbox"/> Wheat
<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Otro:		

Firma

Con mi firma, yo certifico y afirmo toda la información adjunta en esta aplicación y entiendo todos los requisitos para servicios proveídos por IFCS como se me han explicado. IFCS provee servicios sin prejuicio contra ningún grupo. Entiendo que IFCS tiene normas escritas en cuanto al registro de Quejas y Desagravios y que puedo pedir una copia de la póliza. El programa de IFCS que provee apoyo para vivienda opera según las leyes y reglas de Vivienda Justa y Oportunidad Igual del gobierno federal.

He leído la declaración del USDA de No- Discrimiacion adjunta con esta forma.

_____ Firma _____ Fecha