

Washington Gorge Action Programs

115 W Steuben, Bingen, WA 98605
 PO Box 805, Bingen, WA 98605
 Teléfono: (509) 493-2662 Fax: (509) 493-4430

| |
|----------------------------|
| Fecha De Hoy / / |
|----------------------------|

Formulario de admisión de clientes

Iniciales Del Personal: _____

| INFOMACIÓN PERSONAL / JEFE DE FAMILIA | | | |
|--|--|--|---|
| Primer Nombre | Segundo nombre (o inicial) | Apellido | Fecha De Nacimiento |
| | | | |
| Género (Marque) | Raza (Marque) | | Origen Étnico (Marque) |
| Masculino Femenino Transgenero No Binario Dos Espíritus Prefiero no Responder Prefiero Describirme a Mí Mismo: _____ | Indio Americano, Nativo Americano, Nativo De Alaska Nativo(a) hawaiano / Isleño(a) del Pacífico Medio Oriente/Norte de África Hispano o Latino / a / x / e Prefiero Describirme a Mí Mismo: _____ Múltiples Razas | | Hispano o Latino / a / x / e NO Hispano o Latino / a / x / e |
| | | | Veterano |
| | | | SÍ NO |
| | | | Viviendo con una discapacidad |
| | | | SÍ NO |
| Educación (Marque) | | Otros Servicios del Estado | |
| 0- 8vo Grado Graduado 9 -12 9º -12º No Graduado Un poco de universidad (sin título) | Título de Asociado Licenciatura Maestría GED | SNAP/Estampillas de Comida SÍ NO | WIC SÍ NO |
| | | | Seguro Médico |
| | | | SÍ NO |

| INFORMACIÓN DE INGRESOS | | | |
|---------------------------------------|------------------------------|---------------|--|
| Fuente (Marque Lo Que Le Corresponda) | | | Ingresos Del Mes |
| Empleo | Beneficios de desempleo | Seguro Social | Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) |
| Pensión | Asistencia General (GAU) | TANF | Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI) |
| Manutención de los hijos | Ingreso del Trabajo Agrícola | Otro | |

| INFORMACIÓN SOBRE LA VIVIENDA | | |
|-------------------------------|----------|----------------|
| Dirección | Ciudad | Condado |
| Física: | | |
| Correo: | | Código Postal: |
| Teléfono De Casa: | Trabajo: | Mensaje: |

| Tipo De Hogar (Marque) | | Estado Civil (Marque) | |
|--|-----------------------------|--|--|
| Familia Biparental | Pareja | Soltero | Casado |
| Padre Soltero que Vive con Pareja | Soltero | Viudo | Divorciado / Separado |
| Hogar Multi-Generacional | Padre soltero/Madre Soltera | Prefiero Describirme a Mí Mismo: _____ | |
| Prefiero Describirme a Mí Mismo: _____ | | | |
| Situación De La Vivienda | x | Tipo De Vivienda | x |
| Dueño / Comprando | | Casa | |
| Rentero | | Apartamento | |
| Sitio de Pesca Tribal | | Dúplex / Multiplex | |
| Sin hogar: tiendas de campaña o parque de casas rodantes | | Casa Móvil | |
| Sin hogar: vivienda compartida, temporalmente con otras personas, etc. | | Estudio | |
| Alojamiento (renta de habitación) | | | |
| Prefiero Describirme a Mí Mismo: _____ | | | |
| | | | Renta Mensual / Pago de Casa |
| | | | \$ _____ |
| | | | ¿Recibe actualmente asistencia de renta? |
| | | | SÍ NO |

MIEMBROS ADICIONALES DEL HOGAR

Indique TODAS las personas adicionales que residan en el hogar

| 1. Primer Nombre y apellido | | Origen Étnico | Fecha De Nacimiento | Relación |
|-----------------------------|---------------------------|---------------|---------------------|---------------|
| | | | | |
| Género | Vive con una Discapacidad | Educación | SNAP | Seguro Médico |
| | SÍ NO | | SÍ NO | SÍ NO |

| 2. Primer Nombre y apellido | | Origen Étnico | Fecha De Nacimiento | Relación |
|-----------------------------|---------------------------|---------------|---------------------|---------------|
| | | | | |
| Género | Vive con una Discapacidad | Educación | SNAP | Seguro Médico |
| | SÍ NO | | SÍ NO | SÍ NO |

| 3. Primer Nombre y apellido | | Origen Étnico | Fecha De Nacimiento | Relación |
|-----------------------------|---------------------------|---------------|---------------------|---------------|
| | | | | |
| Género | Vive con una Discapacidad | Educación | SNAP | Seguro Médico |
| | SÍ NO | | SÍ NO | SÍ NO |

| 4. Primer Nombre y apellido | | Origen Étnico | Fecha De Nacimiento | Relación |
|-----------------------------|---------------------------|---------------|---------------------|---------------|
| | | | | |
| Género | Vive con una Discapacidad | Educación | SNAP | Seguro Médico |
| | SÍ NO | | SÍ NO | SÍ NO |

| 5. Primer Nombre y apellido | | Origen Étnico | Fecha De Nacimiento | Relación |
|-----------------------------|---------------------------|---------------|---------------------|---------------|
| | | | | |
| Género | Vive con una Discapacidad | Educación | SNAP | Seguro Médico |
| | SÍ NO | | SÍ NO | SÍ NO |

| 6. Primer Nombre y apellido | | Origen Étnico | Fecha De Nacimiento | Relación |
|-----------------------------|---------------------------|---------------|---------------------|---------------|
| | | | | |
| Género | Vive con una Discapacidad | Educación | SNAP | Seguro Médico |
| | SÍ NO | | SÍ NO | SÍ NO |

| 7. Primer Nombre y apellido | | Origen Étnico | Fecha De Nacimiento | Relación |
|-----------------------------|---------------------------|---------------|---------------------|---------------|
| | | | | |
| Género | Vive con una Discapacidad | Educación | SNAP | Seguro Médico |
| | SÍ NO | | SÍ NO | SÍ NO |

CERTIFICACIÓN SOLICITANTE

La información proporcionada por mí para establecer mi elegibilidad es verdadera y precisa según mi conocimiento. Doy mi consentimiento para la verificación independiente de la información por parte del agente autorizado de la agencia o su fuente de financiación gubernamental.

Explique brevemente qué apoyo está buscando:

| |
|--|
| |
|--|

Firma De Solicitante: _____

Fecha: _____