



Formulario de afiliación de The Caring Place

La misión de The Caring Place es satisfacer las necesidades humanas básicas de todas las personas de nuestra comunidad de una manera acogedora, respetuosa y solidaria. La asistencia financiera se basa en una prueba verificada de crisis. Complete toda la información para cada una de las personas que viven en el hogar.

Información del Hogar

Nombre de la Cabeza de Hogar: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____
 Email: _____
 Dirección: _____ Apt/Unit/Lot#: _____ Ciudad: _____ Zip: _____
 Vivienda : Propietario Inquilino No tiene un lugar donde vivir Hogar Transitorio Total de personas en el hogar: _____

Información demográfica de la cabeza de hogar

Género Femenino Masculino Preferiero no decir

Raza Nativo de Alaska/Indio Americano Asiático Blanco Negro/Africano Americano Nativo Americano/Isleño Pacífico Prefiero no decir

Etnicidad Hispano/Latino No Hispano/Latino Prefiero no decir

Recibe Discapacidad? Sí No

Seguro de Salud Ninguno Indigente o del Condado CHIP Del trabajo Medicaid Medicare Privado Del Estado Sin seguro/No sé VA/Tricare

Lenguaje Preferido Inglés Español Otro: _____

Estado Civil Divorciado Casado Soltero Separado Viudo

Empleo Trabajo de tiempo completo Trabajo de Medio Tiempo No Trabajo Retirado Incapaz de trabajar

Servicio Militar Activo No Applica Veterano Esposa/o de veterano

Educación No graduado de Secundaria Graduado de Secundaria/Educación Secundaria Adulta Educación Universitaria Avanzada Bachillerato Universitario Algunos Cursos Universitarios

Ingresos, Beneficios & Gastos

¿Cuál es el ingreso MENSUAL aproximado normal del hogar? \$ _____

¿Alguien en el hogar recibe alguno de estos beneficios? SNAP WIC TANF Almuerzo gratis o de precio reducido(marcar todas las que aplican)

¿Alguien en el hogar tiene un Préstamo de Día de Pago o de Título? Sí No
 En caso afirmativo, ¿le gustaría obtener información sobre nuestro Programa de Préstamos Alternativos? Sí No

Divulgaciones / Acuerdos

Please review and acknowledge receipt of the following by checking the box:

HE LEÍDO Y ACEPTO EL ACUERDO DEL CLIENTE/CONSENTIMIENTO INFORMADO.

HE LEÍDO Y ACEPTO EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA.

HE LEÍDO Y ACEPTO LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE.

Mi firma a continuación indica que toda la información proporcionada es verdadera y correcta conforme a lo mejor de mi conocimiento.

Firma: _____ Fecha: _____