

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: _____

INFOMACION PERSONAL / JEFE DE FAMILIA			
Primer Nombre	Segundo nombre (o inicial)	Apellido	Fecha De Nacimiento
Género (Circule)	Raza (Circule)		Origen Étnico (Circule)
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: _____ Prefiero no Responder		Blanco Negro Asiático Múltiples Razas
			Veterano
			SÍ NO
			Viviendo con una discapacidad
			SÍ NO
Educación (Circule)		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 (Circule Lo Que Le Corresponda)			Ingresos Del Mes
Empleo	Beneficios de desempleo	Seguro Social	
Pensión	Asistencia General (GAU)	TANF	
Manutención de los hijos	Ingreso del Trabajo Agrícola	Otro	
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)			

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

Tipo De Hogar (Circule)		Estado Civil (Circule)	
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	Renta Mensual / Pago de Casa \$ _____
Rentero		Apartamento	
Sitio de Pesca Tribal		Dúplex / Multiplex	
Sin hogar: tiendas de campaña o parque de casas rodantes		Casa Móvil	¿Recibe actualmente asistencia de renta? SÍ NO
Sin hogar: vivienda compartida, temporalmente con otras personas, etc.		Estudio	
Alojamiento (renta de habitación)			
Prefiero Describirme a Mí Mismo:			

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: _____