

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 Hispano o Latino / a / x / e NO Hispano o Latino / a / x / e
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 WIC	SÍ NO SÍ NO
Seguro Médico			SÍ NO

INFORMACIÓN DE INGRESOS			
Fuente (Circule 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 (Circule)		Estado Civil (Circule)	
Familia Biparental Padre Soltero que Vive con Pareja Hogar Multi-Generacional Prefiero Describirme a Mí Mismo: _____	Pareja Soltero Padre soltero/Madre Soltera	Soltero Viudo Casado Divorciado / Separado 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: _____