

¿Cómo se enteró del Park-It Market? WVCS Otro sin fines de lucro 211 Banco de comida Propietario Otro

Información de perfil de adulto

Nombre de pila: _____ Apellido: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: (____) _____
 Correo electrónico: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: CA Código postal: _____

He vivido en esta dirección desde (años) _____ <input type="checkbox"/> Alquilar(SIN subsidio) <input type="checkbox"/> Alquilar(CON subsidio) <input type="checkbox"/> Alquilar con Sección 8 <input type="checkbox"/> Soy dueño de la residencia. <input type="checkbox"/> me quedo con familiares/amigos	Mi renta mensual es \$ _____	Tipo de hogar: <input type="checkbox"/> Adulta soltera <input type="checkbox"/> hogar con niños <input type="checkbox"/> hogar sin hijos	Estado del hogar: <input type="checkbox"/> vivienda estable <input type="checkbox"/> alojamiento inestable / pérdida inminente de vivienda <input type="checkbox"/> Literalmente sin hogar
--	------------------------------	--	--

Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero F-M <input type="checkbox"/> Transgénero M-F <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Vive en pareja <input type="checkbox"/> Viudo	Idioma principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamesee <input type="checkbox"/> Otra: _____	Fluidez en inglés: <input type="checkbox"/> Fluido <input type="checkbox"/> Semifluido <input type="checkbox"/> No fluido
--	--	--	---

¿Es usted de origen hispano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	origen étnico primario: <input type="checkbox"/> India Americana/Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática _____ <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana <input type="checkbox"/> nativo hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense/nativo de Alaska y blanco <input type="checkbox"/> Asiático y blanco <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano y blanco <input type="checkbox"/> Otro origen multirracial <input type="checkbox"/> Desconocido	¿Está incapacitado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (marque todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol <input type="checkbox"/> Abuso de drogas <input type="checkbox"/> Luchas de salud mental <input type="checkbox"/> discapacidades del desarrollo <input type="checkbox"/> Discapacidades físicas <input type="checkbox"/> condición de salud crónica <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Otra _____
--	---	--

El nivel más alto de educación: <input type="checkbox"/> Escuela primaria/ Escuela intermedia <input type="checkbox"/> Escuela secundaria/ GED <input type="checkbox"/> Alguna colegio/ colegio comunitario <input type="checkbox"/> Título universitario(AA/AS/BA/BS Grado) <input type="checkbox"/> Posgrado(MA/MS) <input type="checkbox"/> Higher Degree (MBA/PhD) <input type="checkbox"/> Sin escuela <input type="checkbox"/> Otra: _____	Estado de Empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo completo(35+ hrs/sm) <input type="checkbox"/> Tiempo parcial(menos que 35 hr/sm) <input type="checkbox"/> Sin empleo, busca trabajo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Discapacitado, no está en la fuerza laboral <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Sin empleo, no busca trabajo <input type="checkbox"/> Desconocida	Seguro médico: <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Seguro laboral <input type="checkbox"/> Sin seguro
---	--	--

<p>Programa Especial de Nutrición?(WIC):</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>¿Recibes CalFresh?:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí (Cantidad mensual(\$ _____)</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>
<p>Ingreso total mensual: \$ _____</p> <p>Ingreso total anual: \$ _____</p>	<p>Fuentes de ingreso:</p> <p><input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> GA <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> Pensión</p> <p><input type="checkbox"/> Ingreso Ganado <input type="checkbox"/> Otra _____</p>

Enumere todas las OTRAS personas en su hogar

Nombre (Nombre y Apellido)	Fecha de nacimiento	Relación: (Esposa, hija, amiga)

Responda lo siguiente SOLO SI no tiene hogar:

<p>Último código postal permanente: _____</p> <p>¿En qué ciudad dormiste anoche? _____</p> <p>¿Donde dormiste anoche?</p> <p><input type="checkbox"/> Refugio de emergencia</p> <p><input type="checkbox"/> Lugar no destinado a vivienda humana (calle, parque, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Hotel/motel (sin vale)</p> <p><input type="checkbox"/> Vivienda temporal/refugio seguro/parque seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Otra: _____</p>	<p>Duración de la falta de hogar:</p> <p><input type="checkbox"/> Una semana o menos</p> <p><input type="checkbox"/> Más de una semana pero menos de un mes</p> <p><input type="checkbox"/> 1-3 meses</p> <p><input type="checkbox"/> Más de 3 meses pero menos de un año</p> <p><input type="checkbox"/> Más de un año</p>
--	--

Certifico que la información proporcionada arriba es precisa y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que completar este formulario no garantiza la ayuda financiera o de otro tipo de WVCS. WVCS está obligada por los patrocinadores a informar datos en forma conjunta de los clientes a los que brinda servicios anualmente. WVCS tiene el máximo cuidado de garantizar la confidencialidad; esto es, la información personal o la información de identificación de los clientes no se comparte con los patrocinadores ni se publica en ningún informe anual. Por la presente, autorizo a West Valley Community Services, Inc. a revisar y tratar la información pertinente con otras agencias y otros profesionales involucrados en proporcionarme los servicios necesarios. Por la presente, libero a West Valley Community Services, Inc. de toda responsabilidad relativa a lo anterior. He leído y entiendo la información arriba presentada y he firmado esta divulgación de información de forma voluntaria.

nombre en imprenta

Firma

Fecha