

¿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: _____

He vivido en esta dirección desde (años) _____
 Alquilar(SIN subsidio)

} Mi renta mensual es \$ _____

Tipo de hogar:

- Adulta soltera
- hogar con niños
- hogar sin hijos

Estado del hogar:

- vivienda estable
- alojamiento inestable / pérdida inminente de vivienda
- Literalmente sin hogar

Género:

- Femenino
- Masculino
- Transgénero F-M
- Transgénero M-F
- Otro
- Desconocido

Estado civil:

- Soltero
- Casado
- Separado
- Divorciado
- Vive en pareja
- Viudo

Idioma principal:

- Inglés
- Chino
- Ruso
- Español
- Vietnamese
- Otra: _____

Fluidez en inglés:

- Fluido
- Semifluido
- No fluido

¿Es usted de origen hispano?

- Sí
- No
- Desconocido

Alquiler con Sección 8
 Soy dueño de la residencia.

- ¿Es usted veterano de guerra?
 Sí
 No
 Desconocido

origen étnico primario:

- India Americana/Nativa de Alaska
- Asiática
- Negra/Afroamericana
- nativo hawaiano/Isleño del Pacífico
- Blanco
- Indígena estadounidense/nativo de Alaska y blanco
- Asiático y blanco
- Negro/afroamericano y blanco
- Otro origen multirracial
- Desconocido

¿Está incapacitado?

- No
- Sí (marque todos los que apliquen)
 - Abuso de alcohol
 - Abuso de drogas
 - Luchas de salud mental
 - discapacidades del desarrollo
 - Discapacidades físicas
 - condición de salud crónica
 - VIH/SIDA
 - Otra _____

El nivel más alto de educación:

- Escuela primaria/ Escuela intermedia
- Escuela secundaria/ GED
- Alguna colegio/ colegio comunitario
- Título universitario(AA/AS/BA/BS Grado)
- Posgrado(MA/MS)
- Higher Degree (MBA/PhD)
- Sin escuela
- Otra: _____

Estado de Empleo:

- Tiempo completo(35+ hrs/sm)
- Tiempo parcial(menos que 35 hr/sm)
- Sin empleo, busca trabajo
- Retirado
- Discapacitado, no está en la fuerza laboral
- Estudiante
- Sin empleo, no busca trabajo
- Desconocida

Seguro médico:

- Medi-Cal
- Medicare
- Seguro privado
- Seguro laboral
- Sin seguro



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

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

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 esta 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