



West Valley Community Services (WVCS)-Admisión al programa

Situación de vivienda

Proporcione la dirección en la que vive actualmente:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Estado de vivienda: Hogar estable Literalmente sin hogar Hogar inestable/pérdida de vivienda inminente

¿Qué opción describe mejor su situación de vivienda ayer por la noche (marque una)?

- Alquiler del cliente (no subvención)
- Alquiler del cliente con Sección 8
- Alquiler del cliente con subvención
- Propiedad del cliente
- Viviendo con familiares/amigos

- Refugio de emergencia
- Lugar no destinado a vivienda humana (calle, parque, etc.)
- Hotel/motel (sin vale)
- Vivienda temporal/refugio seguro/parque seguro
- Otra: _____

Responda a lo siguiente si NO TIENE HOGAR:

Último código postal permanente: _____ ¿En qué ciudad durmió ayer por la noche? _____

Duración de la falta de hogar:

- Una semana o menos Más de una semana pero menos de un mes 1-3 meses
- Más de 3 meses pero menos de un año Más de un año

Fuente de referencia:

- Agencia Amigo 211 Banco de alimentos Otra organización local sin fines de lucro Escuela
- Arrendador Otra _____

INFORMACIÓN DE PERFIL DEL ADULTO 1

Tipo de hogar: Adulto soltero Adultos en un hogar sin hijos Hogar con hijo(s)

Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:
Otros nombres por los que es conocido:		Fecha de nacimiento:
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		
Teléfono residencial:		Teléfono del trabajo:
Teléfono celular:	Teléfono inteligente: S/N	Correo electrónico:
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		
Educación: <input type="checkbox"/> No terminó la escuela <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Título AA <input type="checkbox"/> Título universitario <input type="checkbox"/> Título de posgrado		
Nivel de educación más alto: <input type="checkbox"/> Escuela elemental <input type="checkbox"/> Escuela de enseñanza media <input type="checkbox"/> Escuela secundaria		

Primer ciclo universitario

Universidad

Posgrado

¿Es usted de origen hispano? Sí No Desconocido

Origen étnico principal: Indígena estadounidense/nativo de Alaska Indígena estadounidense/nativo de Alaska y blanco

Asiático _____

Asiático y blanco

Negro/afroamericano

Negro/afroamericano y blanco

Nativo de Hawái/de las islas del Pacífico

Blanco

Otro origen multirracial

Desconocido

¿Es usted veterano de guerra? Sí No

¿Tiene una discapacidad desde hace mucho tiempo? Sí No Desconocido

Si tiene una discapacidad desde hace mucho tiempo, descríbala:

- Consumo excesivo de alcohol
- Consumo de drogas
- Problemas de salud mental
- Discapacidad del desarrollo
- Discapacidad física
- Afección de salud crónica
- VIH/SIDA
- Otra

Últimos 4 dígitos del número del Seguro Social: _ _ _ _

Idioma principal: Inglés Chino Ruso Español Vietnamita Otro:

Fluidez en inglés: Fluido Semifluido No fluido

Situación de empleo: Tiempo completo, +35 horas/semana Tiempo parcial, menos de 35 horas/semana Jubilado

- Sin empleo, busca trabajo
- Sin empleo, no busca trabajo
- Discapacitado, no está en la fuerza laboral
- A cargo de las tareas del hogar tiempo completo
- Estudiante
- Desconocida

Seguro médico: Medi-Cal Medicare Medicaid Sin seguro Seguro privado Seguro laboral

Programa Especial de Nutrición (WIC): Sí No

CalFresh: Sí (monto mensual \$ _____) No

Contacto de emergencia:

Relación:

Número de teléfono:

¿También es cliente? Sí No

Composición del hogar (Enumere a todos los demás adultos o niños que viven en el hogar con usted)

Nombre de los familiares	Ingreso de los adultos	Fecha de nacimiento	Relación con el jefe de hogar (espos(a), pareja, hijo(a) o padre/madre)

Por la presente, certifico que vivo/vivimos en la dirección indicada desde _____. El alquiler mensual es _____

Fuentes de ingreso (encierre una opción en un círculo): SSI, GA, SSDI, ingreso del trabajo, pensión, otra _____

Ingreso mensual total \$ _____ **Ingreso familiar anual total \$** _____

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 del adulto 1

Firma del adulto 1

Fecha