



Fecha _____

¿En qué programa(s) está interesado (marque todos los que correspondan):

- Reparaciones de Hogar Reparación de Vehículos Fondos de Emergencia Otra _____

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial de Segundo Nombre _____

Domicilio _____

Fecha de Nacimiento _____

Teléfono _____ - _____ Correo Electrónico _____ Numero Social _____

GÉNERO	ESTADO CIVIL	ETNICIDAD
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Socio Doméstico <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No Hispano / Latino
TIPO DE HOGAR INDIQUE SU RAZA (SELECCIONE UNA)		
<input type="checkbox"/> Tamaño del Hogar _____	<input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico (Blanco) <input type="checkbox"/> Hawaiano / Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No Especificado	<input type="checkbox"/> Multi-Raza
ESTADO MILITAR (SELECCIONE UNO)	Estado de la Vivienda	¿ ESTÁS DISCAPACITADO?

Fecha _____

<input type="checkbox"/> Militar Activo <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Sin Estatus Militar <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Dueño	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Negarse a Contestar
¿RESIDENTE? (SELECCIONE UNO)	INDIQUE SU CANTIDAD DE INGRESOS MENSUALES Y SELECCIONE LA FUENTE DE INGRESOS:	
<input type="checkbox"/> Ciudadano de Estados Unidos <input type="checkbox"/> Extranjero Documentado <input type="checkbox"/> Extranjero Indocumentado	<input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Asistencia Pública <input type="checkbox"/> Manutención de Menores <input type="checkbox"/> Auto-empleo <input type="checkbox"/> SSI/SSDI <input type="checkbox"/> Otro _____	

ESTADO DE EMPLEO:

¿Está trabajando actualmente? Sí No

En caso afirmativo: tiempo completo a tiempo parcial

Horas por semana _____

Salario por hora _____

Empleador _____

TIPO DE VIVIENDA (SELECCIONE UNO)

Casa- año de construcción _____

Calentador de agua - Gas Natural LP / Propano

Calefacción -

Asistencia Pública

Fecha _____

Gas Natural

LP / Propano

Aceite Eléctrico Aceite Eléctrico Madera

¿TIENE UNA LICENCIA DE CONDUCIR VÁLIDA, SÍ O NO?

Otros Miembros del Hogar

NOMBRE: _____ INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE: _____

APELLIDO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

GÉNERO: Masculino _____ Femenino _____

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE _____

Otros Miembros del Hogar

NOMBRE: _____ INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE: _____

APELLIDO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

GÉNERO: Masculino _____ Femenino _____

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE _____

Otros Miembros del Hogar

NOMBRE: _____ INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE: _____

APELLIDO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

GÉNERO: Masculino _____ Femenino _____

Fecha _____

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE _____

NOTAS: _____

Decision: Approved/Declined

Decisioning Staff Signature

Board Member Signature