

Formulario de información General

Por favor llene este formulario en su totalidad para poder brindarle un mejor servicio. El formulario es de 2 hojas.
Toda la información proveída se mantendrá de forma confidencial

Nombre _____ ID del Cliente _____
Fecha de Nacimiento _____ SSN XXX- XXX-XXXX Masculino _____ Femenino _____ Otro _____
Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____
Condado de Residencia _____ Correo Electrónico _____
Home Phone _____ Cell Phone _____

Estado Civil (Circule): Casado Unión Libre Soltero (Nunca Casado) Separado Divorciado Viudo

Raza (Circule): Afroamericano indio Nativo/Alaska Asiático Caucásico
Islas Pacíficas/Hawaianas Multirracial Otro

Etnia(Circule): Hispano Non-Hispano Esta usted incapacitado? Circule: Si/No

Servicio Militar (Circule): En Servicio Veterano Esposo Activo Esposo/Veterano Nunca Inscrito

Nivel Educativo (Circule): No Diploma de Preparatoria GED Diploma de Preparatoria Algo de Universidad
Asociado Licenciatura Maestría Doctorado

Estado Actual de Empleo (Circule): Tiempo Completo (35 Horas por Semana) Medio Tiempo (menos de 35 Horas por Semana)
Desempleado No en la Fuerza Laboral (Ama de Casa, Discapacitado, Jubilado) Otro

Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido el ingreso del hogar? _____ Cabeza de Familia Circule M/F

Seguro de Salud (Circule): Seguro Privado (Por medio de Empleador) Seguro del Gobierno
Seguro Privado (No Por Medio de Empleador) Sin Cobertura

Por favor indique cuantas personas incluyéndole habitan en su hogar: _____

Por favor llene los espacios con la información de los miembros del hogar sin incluirse.

Nombre _____ Parentesco _____ FDN _____ Raza/ Etnia _____

Nombre _____ Parentesco _____ FDN _____ Raza/ Etnia _____

Nombre _____ Parentesco _____ FDN _____ Raza/ Etnia _____

Nombre _____ Parentesco _____ FDN _____ Raza/ Etnia _____

Nombre _____ Parentesco _____ FDN _____ Raza/ Etnia _____

Nombre _____ Parentesco _____ FDN _____ Raza/ Etnia _____

Por favor agregue nombres adicionales al reverso de la hoja.

¿Tiene hijos en cualquiera de las siguientes escuelas?:

IPS 46 S/N Nombre(s) del Niño(s) _____

IPS 49 S/N Nombre(s) del Niño(s) _____

IPS 63 S/N Nombre(s) del Niño(s) _____

IPS 67 S/N Nombre(s) del Niño(s) _____

George Washington Community High School S/N Nombre(s) del Niño(s) _____

Nivel Escolar de todos los niños menores de 18 años. (Por favor agregue información adicional en la sección debajo)

Niño 1 _____ Niño 2 _____ Niño 3 _____ Niño 4 _____

Año en el que se anticipa la graduación de la High School:

Niño 1 _____ Niño 2 _____ Niño 3 _____ Niño 4 _____

Distrito Escolar al cual el niño(s) asiste: (Wayne Township, Washington Township, etc.)

Si tiene hijos en alguna de las escuelas mencionadas arriba, por favor indique el número de niños entre las edades de 0-12 años que reciben almuerzos gratuitos o de costo reducido en la escuela _____

Si tiene hijos en alguna de las escuelas mencionadas arriba, por favor indique el número de niños entre las edades de 0-12 años que participan en clases de ESL (inglés como segundo idioma) _____

Por favor indique el número de niños que tiene, entre las edades de 0-12 años asistiendo a otras escuelas no mencionadas arriba.

Información Adicional:

Por favor lea la declaración de Comunicados de Prensa. Esto no afecta su elegibilidad para recibir servicios del Centro Comunitario Mary Rigg.

Comunicados de Prensa

Yo, por medio de la presente doy total consentimiento para que los empleados o agentes del Centro Comunitario Mary Rigg tomen cintas de vídeo o de grabación digital mía y/o de mi(s) hijo(s), que los utilicen en cualquier y todos los medios de comunicación ahora o en el futuro, exclusivamente con la finalidad de promociones educativas y de mercadotecnia y para la evaluación de programas. Además, doy mi consentimiento para que mi nombre e identidad puedan ser revelados en cualquier obra, texto descriptivo o comentario. Entiendo que tengo el derecho de solicitar una copia completa de la Política del Comunicado de Prensa.

Firma: _____ Fecha: _____