

Complete este formulario en su totalidad para que podamos asegurarnos de que su información es precisa y está actualizada.

INFORMACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA

Fecha: _____
 Nombre completo: _____ Sexo: M F _____
 Dirección: _____ Depto: _____
 Ciudad: _____ ¿Hace cuántos años vive en su ciudad actual? _____
 Teléfono: _____ - _____ - _____ Email: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Idioma principal: _____
 Raza: Blanco Negro / Afroamericano Asiático Hawaiano/Isleño del Pacífico
 Indio americano / Nativo de Alaska Prefiero no responder No sé Otra _____
 Etnia: Hispanic/Latino Non-Hispanic/Latino
 Veterano / Militar activo: Sí No Discapacitado: Sí No
 Seguro de salud: MassHealth Medicare Privado Ninguno Otro _____
 ¿Recibe beneficios SNAP? Si No Monto: \$ _____
 Si no recibe, ¿cuál es el motivo? Ingresos Cambios en requisitos del programa
 ¿Cuál es su situación laboral? Tiempo completo Tiempo parcial Desempleado Temporal
 Estudiante Jubilado Incapaz de trabajar
 ¿Cuál es el último grado de educación que completó con éxito? _____

INFORMACIÓN GENERAL DEL HOGAR

¿Cuál es su situación de vivienda? Marque la casilla que describa mejor su situación.

Vivienda pública	Alquiler a precio de mercado	Vivo en casa de amigos / familiares	Propia
Sección 8	Vivienda asequible	Sin hogar: Con refugio Sin refugio	

¿Cuál es el ingreso anual (por año) de su hogar?

\$0 – \$12,000	\$12,001 – \$21,257	\$21,258 – \$28,694	\$28,695 – \$36,131
\$36,132 – \$43,568	\$43,569 – \$51,005	\$51,006 – \$58,442	\$58,443 – \$65,879
\$65,880 – \$73,316	\$73,317 +	Ingreso mensual o anual exacto: \$ _____	

¿Participa usted o sus dependientes en alguno de los siguientes programas? Marque todos los que correspondan.

Meals on Wheels	WIC	Asistencia de combustible	SNAP \$ _____
Almuerzo escolar gratis/con descuento	Head Start	Ayuda para veteranos	TAFDC/Asistencia en efectivo

MIEMBROS DEL HOGAR

Nombre completo: _____ Sexo: M F _____
Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____
Último grado escolar que completó con éxito o grado actual: _____
Raza: Blanco Negro/Afroamericano Asiático Hawaiano/Isleño del Pacífico Etnia: Hispanic/Latino
Indio americano/Nativo de Alaska Prefiero no responder No sé Otra _____ Non-Hispanic/Latino
Veterano / Militar activo: Sí No Discapacitado: Sí No
¿Cuál es su situación laboral? Tiempo completo Tiempo parcial Desempleado Temporal
Estudiante Jubilado Incapaz de trabajar
Seguro de salud: MassHealth Medicare Privado Ninguno Otro _____

Nombre completo: _____ Sexo: M F _____
Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____
Último grado escolar que completó con éxito o grado actual: _____
Raza: Blanco Negro/Afroamericano Asiático Hawaiano/Isleño del Pacífico Etnia: Hispanic/Latino
Indio americano/Nativo de Alaska Prefiero no responder No sé Otra _____ Non-Hispanic/Latino
Veterano / Militar activo: Sí No Discapacitado: Sí No
¿Cuál es su situación laboral? Tiempo completo Tiempo parcial Desempleado Temporal
Estudiante Jubilado Incapaz de trabajar
Seguro de salud: MassHealth Medicare Privado Ninguno Otro _____

Nombre completo: _____ Sexo: M F _____
Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____
Último grado escolar que completó con éxito o grado actual: _____
Raza: Blanco Negro/Afroamericano Asiático Hawaiano/Isleño del Pacífico Etnia: Hispanic/Latino
Indio americano/Nativo de Alaska Prefiero no responder No sé Otra _____ Non-Hispanic/Latino
Veterano / Militar activo: Sí No Discapacitado: Sí No
¿Cuál es su situación laboral? Tiempo completo Tiempo parcial Desempleado Temporal
Estudiante Jubilado Incapaz de trabajar
Seguro de salud: MassHealth Medicare Privado Ninguno Otro _____

¿Cómo conoció a Beverly Bootstraps?

Agencia comunitaria
Familiar/amigo
Correo

Escuela
Grupo religioso
Consultorio médico

Otro: _____

CERTIFICACIÓN

El solicitante certifica que toda la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta a su leal saber y entender, que no se ha excluido ninguna información que pueda afectar razonablemente un dictamen con respecto a su elegibilidad.

Firma : _____ Fecha : _____