

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 Escuela Otro: _____
 Familiar/amigo Grupo religioso
 Correo Consultorio médico

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 : _____