

SOLICITUD DE INFORMACION

Metrocrest Social Services provee apoyo de emergencia de corto tiempo para ayudar a mejorar la condicion de vida de la comunidad. La veracidad de la informacion recibida de parte suya, ayudara a determinar la prontitud y la manera como recibira asistencia para su familia.

Fecha _____ Referido por _____ Numero Cliente _____

INFORMACION DEL CLIENTE A estado usted aqui antes? Si No Si a estado aqui antes, cuando? _____

Apellido _____ Nombre _____

Direccion _____ Apt.# _____ Nombre Apt. _____ Contrato Hipoteca

Ciudad / Estado _____ Numero de Codigo _____ Condado _____

Telephone de Casa (____) _____ Telefono trabajo (____) _____ Telefono Celular (____) _____

Seguro Social _____ Esposa (o) Seguro Social _____

Licencia de Manejar _____ Estado _____ Correo Electronica _____

Estado Civil: Casado Soltero Divorciado Viudo

Comenzando con su nombre, enumere por favor a todas las personas que viven en su casa si es relacionado o no:

Nombre	Sexo	Edad	Fecha de Nacimiento	Es usted Hispano/Latino	Raza (Vea abajo)	Nombre de la escuela y grado terminado	Relacion al cliente
				Si No			Usted
				Si No			
				Si No			
				Si No			
				Si No			
				Si No			
				Si No			
				Si No			
				Si No			

Para RAZA por favor use los siguientes codigos: W = Blanco B = Negro / Africano Americano A = Asiatico AW = Asiatico y Blanco AI = Indio Americano / Nativo Alaskan O = Otro Grupo Multi-Racial AIW = Indio Americano / Nativo Alaskan y Blanco NH = Nativo Hawallano / Otra Isla Pacifica AIB = Indio Americano / Nativo Alaskan y Negro / Africano Americano

En breve diga que necesidades tiene: _____

Explique por que necesita ayuda ahora o que crisis lo llevo a venir a esta agencia: _____

Esta usted en riesgo de quedarse sin hogar? Si No Esta usted sin hogar ahora? Si No

HISTORIA DE EMPLEO

Dónde trabaja el cliente _____ Dónde trabaja su esposo(a) _____

Empleo anterior _____ Empleo anterior _____

Dirección _____ Dirección _____

Ciudad _____ Número de codigo _____ Ciudad _____ Número de código _____

Teléfono _____ # Teléfono _____

Título de Empleo _____ Título de Empleo _____

Fecha en que inició su empleo? _____ Termino? _____ Fecha en que inició su empleo? _____ Término? _____

Causa de su salida: Recorte de personal Despido Renuncia voluntaria

Está usted elegible para trabajar en los Estados Undios? Si No

Transporte: Carro Bus Familia/ Amigo(a) Otro

Habla usted: Ingles Español Otro _____

Nivel Educativo: Secundaria/GED Técnica College/Universidad

Su experiencia de trabajo ha sido principalmente en (marque todas las que corresponda):

Almacenes Servicio al cliente Cuidado de otros Asistenta Administrativa/Recepcionista Chofer/repartidor

Otro _____

Domina usted programas en computadora? Si No Si su respuesta es si diga cuales? _____

Si es no, estaría interesada (o) en tomar un curso de computacion? Si No

Tiene usted su curriculum vitae o resume? Si No

Tiene usted alguna restricción physiqua? Si No Si dijo si, explique _____

Ha sido sentenciado por alguna ofensa o crimen? Si No Si dijo si, explique _____

Esta usted tomando alguna medicacion? Si No Se dijo si, para que exactamente? _____

MANEJO MENSUAL DE SUS INGRESOS / GASTOS

INGRESOS MENSUALES / BENEFICIOS

Salario por hora: \$ _____
 Horas por semana: \$ _____
 Pagado por: Semana ____ Dos veces al mes ____ Mensual ____
 Pago antes de impuestos: _____
 Pago despues de impuestos: _____
 Trabajo su esposa (o) (si aplica) ____ Si ____ No
 Salario por hora: \$ _____
 Horas por semana: \$ _____
 Pagado por: Semana ____ Dos veces al mes ____ Mensual ____
 Pago antes de impuestos: _____
 Pago despues de impuestos: _____
 Trabajo su esposa (o) (si aplica) ____ Si ____ No

 Ingresos Adicionales? (otro trabajo) ____ Si ____ No
 Salario por hora: \$ _____
 Horas por semana: \$ _____
 Pagado por: Semana ____ Dos veces al mes ____ Mensual ____
 Pago antes de impuestos: _____
 Pago despues de impuestos: _____

Orta Fuentes de Ingresos

Benefico de desempleo: _____ Cantidad bisemanal ____
 Compensación para el trabajador: ____ Cantidad ____
 Sostenimiento de niños: ____ Cantidad ____
 TANF: \$ _____
 Estampillas de comida: \$ _____
 Seguro Social- Beneficio de incapacidao:
 Quien recibe los beneficios Cantidad que recibe

 Seguro Social-Beneficio de sobreviviente:
 Quien recibe los beneficios Cantidad que recibe

 Completó sus impuestos este año? ____ Si ____ No
 Cuanto recibio? _____

TOTAL INGRESOS \$ _____

GASTOS MENSUALES

Renta / Nota \$ _____
 Electricidad \$ _____
 Agua \$ _____
 Gas (calentador) \$ _____
 Agua \$ _____
 (si no va incluido en la renta mensual)
 Pago de telefono: \$ _____ casa \$ _____ celular
 Pago de carro \$ _____
 Año/Marca de carro: \$ _____
 Seguro de su carro \$ _____
 Gasolina \$ _____
 Tarjetos de credito \$ _____
 Sostenimiento de ninos \$ _____
 Medicinas \$ _____
 Cuidado de ninos: \$ _____
 (no incluya el pago hecho por CCMS)
 Comida: \$ _____
 (lo que no cubren las estampillas)

Ortos Gastos

Cable/Internet \$ _____
 (si no va incluido con el pago de telefono)
 Pago de prestamos: (incluya por favor prestamos el estudio, carro, titulo)

Nombre de prestamo	Cantidad
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Seguro Medico: \$ _____
 (si esta pagando por su cuenta)
 Ortos \$ _____
 Ortos gastos (por favor explique): _____

Gasto	Cantidad
_____	_____
_____	_____
_____	_____

TOTAL GASTOS \$ _____

¿Ha sido ayudado usted por otra agencia? Si No ¿Si es el caso, cuál agencia? _____

¿Cuando fue? _____

Metrocrest Social Services funciona de acuerdo con la poliza del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos y la Comision de Salud y Servicivos Humanos de Tejas, que prohíbe discriminacion a base de raza, color, sexo, edad, incapacidad, religion, creencia politica, o origen nacional.

Metrocrest Social Services tiene mi permiso de intercambiar información concerniente a mis circunstancias con otras agencias de servicios humanos. Yo entiendo que esta forma puede ser verificada.

Yo entiendo que la conducta inapropiada puede resultar en la pérdida de los servicios.

FIRMA _____ FECHA _____