

Información

Fecha de Hoy: ____/____/____



Número de Archivo

Información Personal

Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____	Sexo: __ Masculino __ Femenino
Dirección: _____ _____	Edad: _____	Es usted Hispano? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Teléfono Casa #: _____	Raza/Etnicidad: <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Afro Americano <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska <input type="radio"/> Native Hawaiiano/Isleño del Pacifico <input type="radio"/> Multi-Racial: - Afro Americano/ Blanco - Asiático/Blanco - Indio Americano/ Nativo de Alaska/ Blanco - Indio Americano/ Nativo de Alaska/ Afro Americano - Otro: _____	Nacionalidad: _____
Celular #: _____		
Correo Electrónico: _____		
Registrado para Votar? _____		

Programa/Servicios

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> OMH Ayuda de Vivienda | <input type="radio"/> Servicios de Familia | <input type="radio"/> Programa de Liderazgo Juvenil |
| <input type="radio"/> Programas de Salud Mental | <input type="radio"/> Consejería Informal de Vivienda | <input type="radio"/> Programa de Tutoría |
| <input type="radio"/> Educativo | <input type="radio"/> Clases de Computadora | <input type="radio"/> Programa de Verano |
| <input type="radio"/> Vocacional | <input type="radio"/> Clases de Ciudadanía e Inglés | <input type="radio"/> Departamento de Labores/Dpto. De Servicios Sociales. |
| <input type="radio"/> Recreativo | <input type="radio"/> Despensa de Alimentos | |
| <input type="radio"/> Coordinación de Servicios de Medicaid | | |

Información Educativa (Sólo para Estudiantes)

Grado: _____ En qué clase le va mejor? _____

Escuela: _____ En qué clase tiene dificultad? _____

Su hijo tiene dificultad de aprendizaje o discapacidad mental? Sí No Sí su respuesta es **positiva**, por favor hablar con el consejero.

Nombre Padres/Guardian: _____ Dirección: _____ Grado de Educación: _____

Información de su Ingreso Familiar

Seguro médico <input type="radio"/> Medicare <input type="radio"/> Medicaid <input type="radio"/> Affinity Health Plan <input type="radio"/> Fidelis Care <input type="radio"/> Health First <input type="radio"/> United Healthcare <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Ninguno	Mujer cabeza de hogar? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Tel. de Casa: _____ Célular: _____ Composición Familiar: Adultos _____ Niños _____	Fuente de Ingresos: <input type="radio"/> Almuerzo Gratis/Reducido <input type="radio"/> Asistencia Pública <input type="radio"/> Estampillas de Comida <input type="radio"/> Seguro Social/SSI/SSD/Pension <input type="radio"/> Subsidio de Vivienda/Sección 8 <input type="radio"/> Empleo/Trabajo <input type="radio"/> Desempleo <input type="radio"/> Sustento de menores
---	--	---

Por favor encierre en un círculo su ingreso anual de acuerdo al tamaño de su familia.

Tamaño de la Familia	1	2	3	4	5	6	7	8
a. Este es mi ingreso	\$22,900	\$26,200	\$29,450	\$32,700	\$35,350	\$37,950	\$40,550	\$43,200
b. En medio de (a.) y este ingreso	\$38,150	\$43,600	\$49,050	\$54,500	\$58,900	\$63,250	\$67,600	\$71,950
c. En medio de (b.) y este ingreso	\$55,800	\$63,750	\$71,700	\$79,650	\$86,050	\$92,400	\$98,800	\$105,150
d. Este ingreso o más	\$59,400+	\$67,900+	\$76,400+	\$84,900+	\$91,650+	\$98,450+	\$105,250+	\$112,050+

Brentwood Office: 10 Third Ave., Brentwood, NY 11717 (631) 434-3481
 Central Islip Office: 83 Carleton Ave., Central Islip, NY 11722 (631) 234-1049