

**Community Council of South Central Texas
Solicitud del Programa de Servicios Comunitarios**

Otras Miembros Del Hogar

Miembro del hogar Nombre:		Apellido:		Inicial del segundo nombre:	
Fecha de nacimiento:			De SS #:		
Género	Educación	Raza		Etnia	Trabajo Temporada
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra	<input type="checkbox"/> 0-8 <input type="checkbox"/> 9-12 <input type="checkbox"/> HS Grad/ GED <input type="checkbox"/> 12+ universidad <input type="checkbox"/> 2/4 años Grad	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiatico	<input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Multi-Carrera	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Trabajo Migratorio <input type="checkbox"/> Trabajo De Temporada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno
Situacion labora 18 o más		Seguro médico		¿Actualmente está recibiendo otros ingresos?	
<input type="checkbox"/> Deshabilitado <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado 6 meses + <input type="checkbox"/> Desempleado menos/6 meses <input type="checkbox"/> Estudiante universitaria / desempleada <input type="checkbox"/> Menores menores de 18 años		<input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado en el empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Cuidado de salud militar <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Salud del Estado <input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Manutencion infantil <input type="checkbox"/> SS Jubilación <input type="checkbox"/> SS discapacidad <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Discapacidad privada <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Worker's Comp <input type="checkbox"/> Pension alimenticia <input type="checkbox"/> VA servicio discapacidad <input type="checkbox"/> VA Non-servicio con discapacidad <input type="checkbox"/> Prestacion por desempleo <input type="checkbox"/> Ninguno	
Recibe beneficios que no son de efectivo			Relación al Solicitante		Situación Militar
<input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley de Cuidado de Salud Asequible <input type="checkbox"/> Bono de cuidado de niños <input type="checkbox"/> Bono de opción de vivienda <input type="checkbox"/> Vivenda publica		<input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> SNAP (sellos de alimentos) <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Conyunge <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Activar <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No aplica
Miembro del hogar Nombre:		Apellido:		Inicial del segundo nombre:	
Fecha de nacimiento:			De SS #:		
Género	Educación	Raza		Etnia	Trabajo Temporada
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra	<input type="checkbox"/> 0-8 <input type="checkbox"/> 9-12 <input type="checkbox"/> HS Grad/ GED <input type="checkbox"/> 12+ universidad <input type="checkbox"/> 2/4 años Grad	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiatico	<input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Multi-Carrera	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Trabajo Migratorio <input type="checkbox"/> Trabajo De Temporada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno
Situacion labora 18 o más		Seguro médico		¿Actualmente está recibiendo otros ingresos?	
<input type="checkbox"/> Deshabilitado <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado 6 meses + <input type="checkbox"/> Desempleado menos/6 meses <input type="checkbox"/> Estudiante universitaria / desempleada <input type="checkbox"/> Menores menores de 18 años		<input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado en el empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Cuidado de salud militar <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Salud del Estado <input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Manutencion infantil <input type="checkbox"/> SS Jubilación <input type="checkbox"/> SS discapacidad <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Discapacidad privada <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Worker's Comp <input type="checkbox"/> Pension alimenticia <input type="checkbox"/> VA servicio discapacidad <input type="checkbox"/> VA Non-servicio con discapacidad <input type="checkbox"/> Prestacion por desempleo <input type="checkbox"/> Ninguno	
Recibe beneficios que no son de efectivo			Relación al Solicitante		Situación Militar
<input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley de Cuidado de Salud Asequible <input type="checkbox"/> Bono de cuidado de niños <input type="checkbox"/> Bono de opción de vivienda <input type="checkbox"/> Vivenda publica		<input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> SNAP (sellos de alimentos) <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Conyunge <input type="checkbox"/> Nino <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Activar <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No aplica