

CCSCT -2026 - Solicitud de Servicios Comunitarios - Página de miembros adicionales del hogar

Otro miembro del hogar-4		Por favor, responda a TODAS las preguntas para todos los demás miembros del hogar.	
Nombre:		Apellido:	Inicial
Fecha de nacimiento:		SS #:	
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Si eres mujer, ¿estás embarazada actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Relación con el solicitante: <input type="checkbox"/> Solicitante/Yo mismo <input type="checkbox"/> Niño/a <input type="checkbox"/> Amigo/a <input type="checkbox"/> Niño/a de acogida <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Guardian/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Otra			
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No Hispana		Raza: <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Multirracial	
Educación: <input type="checkbox"/> 0-8 <input type="checkbox"/> 9-12 no Graduado <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> HS Grad <input type="checkbox"/> 12+ colegio <input type="checkbox"/> 2 años Posgrado <input type="checkbox"/> 4 + año Posgrado <input type="checkbox"/> Escuela Vocacional			
Seguro de salud: <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado en el empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Atención médica militar <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Seguro médico estatal para adultos			
Estado militar: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> No servicio <input type="checkbox"/> Cónyuge superviviente o dependiente		¿Estás discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Estás recibiendo la discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado laboral: <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado durante 6 meses o más <input type="checkbox"/> Desempleado durante menos de 6 meses <input type="checkbox"/> Menor de 18 años			
Otras fuentes de ingresos: <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia Para Hijos <input type="checkbox"/> SS Discapacidad <input type="checkbox"/> Social Jubilación <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Superviviente SS <input type="checkbox"/> Pensiones/Jubilación Privada <input type="checkbox"/> Discapacidad Privada <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Compensación Laboral <input type="checkbox"/> Servicio De VA Discapacidad Relacionada <input type="checkbox"/> No Servicio VA Relacionado Discapacidad <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Ninguno			
Jóvenes desconectados: ¿Tienen entre 14 y 24 años, no trabajan ni asisten a la escuela <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Otro miembro del hogar-5		Por favor, responda a TODAS las preguntas para todos los demás miembros del hogar.	
Nombre:		Apellido:	Inicial
Fecha de nacimiento:		SS #:	
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Si eres mujer, ¿estás embarazada actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Relación con el solicitante: <input type="checkbox"/> Solicitante/Yo mismo <input type="checkbox"/> Niño/a <input type="checkbox"/> Amigo/a <input type="checkbox"/> Niño/a de acogida <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Guardian/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Otra			
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No Hispana		Raza: <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Multirracial	
Educación: <input type="checkbox"/> 0-8 <input type="checkbox"/> 9-12 no Graduado <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> HS Grad <input type="checkbox"/> 12+ colegio <input type="checkbox"/> 2 años Posgrado <input type="checkbox"/> 4 + año Posgrado <input type="checkbox"/> Escuela Vocacional			
Seguro de salud: <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado en el empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Atención médica militar <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Seguro médico estatal para adultos			
Estado militar: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> No servicio <input type="checkbox"/> Cónyuge superviviente o dependiente		¿Estás discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Estás recibiendo la discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado laboral: <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado durante 6 meses o más <input type="checkbox"/> Desempleado durante menos de 6 meses <input type="checkbox"/> Menor de 18 años			
Otras fuentes de ingresos: <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia Para Hijos <input type="checkbox"/> SS Discapacidad <input type="checkbox"/> Social Jubilación <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Superviviente SS <input type="checkbox"/> Pensiones/Jubilación Privada <input type="checkbox"/> Discapacidad Privada <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Compensación Laboral <input type="checkbox"/> Servicio De VA Discapacidad <input type="checkbox"/> Non Servicio VA Discapacidad <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Ninguno			
Jóvenes desconectados: ¿Tienen entre 14 y 24 años, no trabajan ni asisten a la escuela <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			