

Monument Crisis Center Forma de Registrado

Primer Nombre: _____ Apellido: _____
 Dirección: _____ # de Apartamento: _____
 Ciudad: _____ Código Postal: _____
 Numero de Teléfono: _____ Numero de Celular: _____
 Raza Étnica: _____ Circule Uno: Casado(a) o Soltero(a)
 Circule Uno: Renta o Propietario Cantidad de Renta: \$ _____
 Numero de Personas Total Que Viven en Hogar (Incluyendo Usted): _____

Nombres de Usted y los Otros en Hogar	Masculino/ Femenino	Fecha de Nacimiento	Relación al Aplacante	Cantidad de Ingreso
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Favor de indicar la cantidad de ingresos o ayuda del gobierno mensual:

Salario: _____	Desempleo: _____
Seguridad Social: _____	Empleo Discapacitado: _____
Mantenimiento Infantil: _____	SSDI: _____
SSI: _____	TANF: _____
Otro: _____	No Tiene Ingreso: _____

INGRESO TOTAL MENSUAL: \$ _____

Recibe otros tipos de asistencia (WIC, Estampillas de Comida, Sección 8)? _____
 Si es así, qué tipo y dónde? _____

Por favor explique brevemente por qué usted está en necesidad de asistencia: _____

Divulgación de la Información

Yo doy mi permiso a los empleados de Monument Crisis Center para compartir información médica, de empleo o cualquier otra información, con fines a recibir ayuda de otras agencias.

Firma: _____ Fecha: _____

**Condado de Contra Costa y las
Ciudades de Antioch, Concord, Pittsburg, Walnut Creek, Richmond
Programas para el Desarrollo de la Comunidad
Información sobre los participantes del año 2009-10
Nombre del Programa: Monument Crisis Center**

Estos servicios son proveídos en parte con la ayuda del Departamento de Viviendas de los Estados Unidos y Urbano (HUD). HUD revisa el ingreso y etnicidad de los participantes de los programas del Condado y de las Ciudades de Antioch, Concord, Pittsburg, Richmond y Walnut Creek que reciben fondos de HUD. La información solicitada aquí es solamente para uso de HUD. No es para la distribución pública. Por favor llene este cuestionario. Gracias por su cooperación.

Hombre Mujer

Nombre

Domicilio

Ciudad

Código postal

1. Marque lo que es aplicable: 62 años o mas de edad Discapacitada/o
2. Jefe de Casa: ¿Es usted el jefe de casa? __Si __No
3. Si no es el jefe de casa, ¿es dirigida la casa por una mujer? Si No
4. Número de Personas en el Hogar y Ingresos Anuales:
 A. Circule en la primera columna el número de personas en su hogar
 B. Al lado derecho del número que circuló por favor marque las cajas que indican el ingreso total de todas las personas en su hogar (aproxime)

A. Numero de personas en el hogar	B. Total de ingresos		
1	<input type="checkbox"/> \$18,750 o menos	<input type="checkbox"/> \$18,751-\$31,250	<input type="checkbox"/> \$31,251-\$46,350
2	<input type="checkbox"/> \$21,450 o menos	<input type="checkbox"/> \$21,451-\$35,700	<input type="checkbox"/> \$35,751-\$53,000
3	<input type="checkbox"/> \$24,100 o menos	<input type="checkbox"/> \$24,101-\$40,200	<input type="checkbox"/> \$40,201-\$59,600
4	<input type="checkbox"/> \$26,800 o menos	<input type="checkbox"/> \$26,801-\$44,650	<input type="checkbox"/> \$44,650-\$66,250
5	<input type="checkbox"/> \$28,950 o menos	<input type="checkbox"/> \$28,951-\$48,200	<input type="checkbox"/> \$48,201-\$71,550
6	<input type="checkbox"/> \$31,100 o menos	<input type="checkbox"/> \$31,101-\$51,800	<input type="checkbox"/> \$51,801-\$76,850
7	<input type="checkbox"/> \$33,250 o menos	<input type="checkbox"/> \$33,251-\$55,350	<input type="checkbox"/> \$55,351-\$82,150
8 o mas	<input type="checkbox"/> \$35,400 o menos	<input type="checkbox"/> \$35,401-\$58,950	<input type="checkbox"/> \$58,951-\$87,450

Marque esta caja si sus ingresos no llegan a las tarifas que corresponden con el tamaño de su hogar.

5. ¿Recibe usted asistencia de alguna de estas organizaciones?

CalWORKs Medi-Cal vales para alimentos
 Seguro Social Asistencia General Otro: _____

6. Pertenencia Étnica (Marque uno):

Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Blanco
 Nativo de Hawaii/de la Isla del Pacifico Asiático/Blanco Negro/Africano Americano
 Indio Americano/Nativo de Alaska/Blanco Negro/Africano Americano/Blanco
 Indio Americano/Nativo de Alaska/Negro
 Otro: _____
 Hispano/Latino (etnia) (si usted marca esta línea, por favor marca una de las categorías raciales)

Yo juro bajo pena de perjurio que la información proveída es verdadera y correcta

Yo reconozco que la información solicitada será para determinar mi elegibilidad para este programa. Yo acepto que material o declaraciones hechas mal o negligentemente por mí, pueden constituir una violación federal y pueden tener un resultado negativo en mi participación en este programa.

Firma

Fecha