

Society of Saint Vincent de Paul

St. Patrick's Conference Intake Form

Fecha de cita _____ Hora _____

INFORMACION DEL APLICANTE

Apellido		Nombre	Inicial	Media	Teléfono	
Dirección Postal			Apt. No.		Código	
Nombre del Apartamento				Petición Específica de Ayuda		
Meses/Años en Apt.		Automóvil (Modelo/Año)		Religión		
Fecha de Nacimiento	Lugar del Nacimiento		Número de Licencia			
Estado de Entrada	Estado Civil				Referido Por	
<input type="checkbox"/> Nuevo	<input type="checkbox"/> Soltero		<input type="checkbox"/> Viudo			
<input type="checkbox"/> Ayudado Antes	<input type="checkbox"/> Casado		<input type="checkbox"/> Union Libre			
<input type="checkbox"/> Miembro St. Pat	<input type="checkbox"/> Divorciado		<input type="checkbox"/> Otro			
	<input type="checkbox"/> Separado					

INFORMACION DEL HOGAR

Nombres de Miembros de su Familia/Hogar	Edad	Relación	Grado Escolar	Empleo/ Escuela	Sueldo Mensual

PREGUNTAS ESPECIFICAS

1. Que circunstancias lo/la llevaron a esta necesidad?
2. Cuanto tiempo tiene en esta situación?
3. Usted anticipa que esta necesidad se repita?
4. Como planea ayudarse?
5. Nombre sus 2 últimos empleos
6. Donde ha solicitado trabajo últimamente?
7. Usted tiene seguro médico, Medicare o Medicaid?

INFORMACION ECONOMICA

Ingresos Mensuales		Gastos Mensuales	
Sueldos de familia	\$	Renta	\$
TANF	\$	Comida	\$
Cupones para Alimentos	\$	Electricidad	\$
Beneficios para Veteranos	\$	Agua	\$
Pensión/SSI/SSDI	\$	Gas Natural	\$
Compensación de Trabajadores	\$	Teléfono y Teléfono Celular	\$
Manutención de Menores	\$	Pago de Coche	\$
Médico/CHIP	\$	Seguro de Coche	\$
WIC	\$	Gasolina	\$
Asistencia económica de su familia o de amigos	\$	Médico/CHIP	\$
Otras organizaciones caritativas	\$	Cuidado de niños	\$
Otro	\$	Tarjetas de Crédito	\$
		Otro/Internet/Cablevisión	\$
		*** Préstamos de Nómina/ Título***	\$

ESPACIO ADICIONAL PARA ENTREVISTADOR

*****Cantidades en exceso de directrices discutidas con _____

SVDP Entrevistador _____ **Fecha** _____

El Departamento de Agricultura de EE.UU. prohíbe la discriminación en contra de sus clientes, empleados y solicitantes de empleo en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad sexual, religión, represalia y, cuando corresponda, creencias políticas, estado civil, situación familiar o paternal/maternal, orientación sexual, o si la totalidad o parte de los ingresos de un individuo provienen de algún programa de asistencia pública, o la información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todas las reglas de prohibición se aplicarán a todos los programas y / o actividades de empleo.)

Si desea presentar una queja de discriminación conforme el programa de derechos civiles, llene el Formulario de Quejas por Discriminación en el Programa USDA, que se encuentra en línea en http://www.ascr.usdagov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina de USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos el formulario de queja llenado o una carta por correo al Departamento de Agricultura de EE.UU., Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o al correo electrónico program.intake@usda.gov.

Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Federal Relay Service al (800) 877-8339, o (800) 845-6136 (español). USDA es un proveedor y empleador con igualdad de oportunidades.