

Autoridad de Vivienda de Chelsea

Solicitud y Evaluación de FSS

Fecha: _____

A. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

1. Nombre: _____

2. Dirección: _____
Calle Ciudad Código postal

3. Teléfono particular: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Email: _____

4. ¿Cómo se enteró del Programa de Autosuficiencia Familiar (Family Self Sufficiency Program, FSS)?

5. Estado civil: ___ Casado ___ Separado ___ Viudo
 ___ Soltero ___ Divorciado

6. N.º de Seguro Social: _____

7. Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

8. Origen racial/étnico:
 ___ Blanco ___ Alaskeño
 ___ Negro ___ Indio americano
 ___ Hispano ___ Otro

9. Por favor enumere a todos los miembros de la familia que viven en su unidad de vivienda, inclusive a usted mismo. Indique la relación de cada miembro de la familia con el jefe de familia.

Nombre del miembro de la familia	Relación	Fecha de nacimiento	Sexo

10. Nombre a todos los miembros de la familia que tengan 18 años en adelante:

B. EDUCACIÓN

11. ¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha terminado?

Por favor haga un círculo: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 GED
Universidad: 1 2 3 4 5 6

Tengo un certificado en _____

Tengo un Título Terciario (Associate's Degree) en _____

Tengo un Título Universitario (Bachelor's Degree) en _____

Tengo una Maestría (Master's Degree) en _____

12. En la actualidad estoy inscripto en:

Inscripto - S/N	Tipo de programa	Escuela/Agencia	Horas por semana
	ESL/ABE		
	HS/GED		
	Cursos universitarios		
	Escuela de formación profesional ("vocational school")		
	Otra capacitación		

C. HISTORIA LABORAL/SALARIAL

13. ¿Tiene empleo en la actualidad? SÍ___ NO___

14. Trabajo/ocupación actual: _____ Empleador: _____

Sueldo o salarios: _____ por semana/hora Horas por semana: _____

Fecha de contratación (muy importante): _____

Beneficios en su empleo actual: ___ Salud ___ Retiro ___ Otro

Enumere los 3 trabajos anteriores (si nunca ha tenido un empleo, escriba "N/A").

A. Trabajo/ocupación: _____ Empleador: _____

Duración del empleo: _____ Motivo por el cual se fue: _____

Sueldo o salarios: _____ por semana/hora Horas por semana: _____

B. Trabajo/ocupación: _____ Empleador: _____

Duración del empleo: _____ Motivo por el cual se fue: _____

Sueldo o salarios: _____ por semana/hora Horas por semana: _____

C. Trabajo/ocupación: _____ Empleador: _____

Duración del empleo: _____ Motivo por el cual se fue: _____

Sueldo o salarios: _____ por semana/hora Horas por semana: _____

D. VIVIENDA

15. ¿Cuánto paga mensualmente de renta? \$ _____

16. ¿Los gastos de servicios públicos están incluidos en su renta? SÍ NO

Gastos de servicios públicos mensuales: Electricidad: \$ _____ Agua: \$ _____

Gas natural: \$ _____ Otro: \$ _____

E. INGRESOS

17. Ingreso del hogar

Miembro(s) de la familia	Salarios o Sueldo	S.S. Pensión	Asistencia social	Desempleado/ Otro

18. ¿Recibe asistencia social? NO SÍ, Monto: \$ _____

Marque todo lo que corresponda: Cupones de alimentos Asistencia general

TANF

Otro

F. CUIDADO DE NIÑOS

19. ¿Usted paga gastos por cuidado de niños? SÍ NO, vaya al punto 21

Nombre del niño	Edad	Nombre del cuidado del niño	Horas/Semana	Costo/Semana

20. Haga una lista con los nombres de los niños para los cuales necesitaría servicios de cuidado de niños si tomara cursos de capacitación o consiguiera un trabajo:

G. NECESIDADES DE SERVICIOS DE APOYO

21. ¿Qué ocupación(es) está interesado en realizar?

22. ¿Qué pasos está dispuesto a tomar para conseguir ese trabajo?

23. ¿Tienen una licencia de conducir? SÍ NO

24. ¿Tiene su propio vehículo? SÍ NO

25. ¿Tiene acceso a un vehículo? SÍ NO

26. ¿Depende del transporte público? SÍ NO

27. ¿Existe alguna razón por la que no podría comenzar una capacitación o un trabajo ahora mismo? SÍ NO

En caso afirmativo, por favor explique: _____

28. ¿Tiene una discapacidad que limita su capacidad para trabajar o estudiar?

SÍ NO

En caso afirmativo, por favor explique: _____

29. ¿Tiene un sistema de apoyo de familiares o amigos a quienes puede recurrir en caso de necesidad?

30. ¿Qué deportes o pasatiempos le interesan?

31. ¿Se describiría como una persona activa o pasiva?

32. ¿Cuál es su deuda total ahora incluyendo todos los préstamos, tarjetas de crédito, tiendas o cualquier otra fuente de deuda?

33. ¿Qué tarjetas de crédito actuales tiene?

34. ¿Qué cuentas bancarias actuales tiene?

35. ¿Puede separar dinero para ahorrar? SÍ___ NO___

36. Si es seleccionado para participar en este programa, ¿qué servicios de apoyo necesitaría? Seleccione por lo menos 5 de los servicios enumerados.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ayuda con problemas familiares | <input type="checkbox"/> Derivaciones para educación o GED |
| <input type="checkbox"/> Educación para padres | <input type="checkbox"/> Derivaciones para capacitación laboral |
| <input type="checkbox"/> Información sobre vivienda propia | <input type="checkbox"/> Educación sobre alcohol |
| <input type="checkbox"/> Educación sobre desarrollo infantil | <input type="checkbox"/> Derivaciones de cuidado de niños |
| <input type="checkbox"/> Asesoramiento sobre abuso de drogas | <input type="checkbox"/> Orientación vocacional |
| <input type="checkbox"/> Educación sobre drogas | <input type="checkbox"/> Gestión de la conducta |
| <input type="checkbox"/> Prevención de suicidios | <input type="checkbox"/> Educación sobre nutrición |
| <input type="checkbox"/> Asesoramiento matrimonial | <input type="checkbox"/> Capacitación financiera |
| <input type="checkbox"/> Asesoramiento sobre presupuestos | <input type="checkbox"/> Aptitudes de lectura |
| <input type="checkbox"/> Asistencia sobre ayuda financiera | <input type="checkbox"/> Talleres sobre currículos |
| <input type="checkbox"/> Asesoramiento sobre deudas | <input type="checkbox"/> Administración del tiempo |
| <input type="checkbox"/> Búsqueda laboral | <input type="checkbox"/> Colocación laboral |
| <input type="checkbox"/> Ayuda jurídica | <input type="checkbox"/> Ayuda con problemas de salud |
| <input type="checkbox"/> Dejar la asistencia social | <input type="checkbox"/> Clases de inglés |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

De todas las cosas con las que necesita ayuda, ¿cuáles son los mayores problemas que usted enfrenta ahora?

H. DECLARACIÓN PERSONAL

26. Explique por qué usted, el solicitante, quiere participar en el Programa de Autosuficiencia Familiar:

I. CERTIFICACIÓN

27. Yo, el solicitante, certifico que las declaraciones en esta solicitud son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. Entiendo que las declaraciones o información falsas están penadas por la Legislación Federal.

Firma

Fecha