

Fecha Actual

**WRIGHT COUNTY COMMUNITY ACTION, INC.**

130 W DIVISION ST, P.O. BOX 787, MAPLE LAKE, MN 55358  
 Teléfono (320) 963-6500 • TDD (800) 627-3529 • Fax (320) 963-5745  
 www.wccaweb.com



**FORMULARIO DE INGRESO DEL CLIENTE (OPCIONAL) Solicitud para participar en el programa de: \_\_\_\_\_**

**1. INFORMACIÓN DE LA CABEZA DE FAMILIA**

Nombre	Apellido	Correo electrónico	Dirección	Ciudad	C.P.
País	Teléfono de casa	Teléfono celular	¿Usted o sus hijos necesitan los servicios de un traductor? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	( ) -	( ) -	¿Cuál es el idioma principal del hogar? _____		

**2. MIEMBROS DEL HOGAR**

Nombre completo de todos los miembros del hogar incluyendo usted	Género	Fecha de nacimiento	Raza <small>(referirse a la clave)</small>	Estado Laboral <small>(referirse a la clave)</small>	Cobertura Médica <small>(referirse a la clave)</small>	Último Año Escolar	Incapacitado/a	Estado Militar <small>(referirse a la clave)</small>	Hispano/a o Latino/a	Asiste a una escuela
1. Su nombre (tal como está mencionado arriba)		___/___/___					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.		___/___/___					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3.		___/___/___					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.		___/___/___					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5.		___/___/___					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6.		___/___/___					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7.		___/___/___					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8.		___/___/___					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Fuente(s)**

Raza	Estado Laboral	Cobertura Médica	Estado Militar
(W) Caucásico/a (B) Negro/a o afroamericano/a (A) Asiático/a (I) Indígena americano/a o nativo/a de Alaska (H) Nativo/a de Hawái/otro isleño del pacífico (M) Multirracial (O) Otro: _____	(f) Tiempo completo (p) Tiempo parcial (c) Contratado (t) Temporal (r) Jubilado (l) Desempleado durante 6 meses o menos (g) Desempleado durante más de 6 meses (u) Desempleado (no buscando trabajo) (s) Trabajador agrícola migrante temporal	(W) Asistencia Médica (B) Minnesota Care (A) Medicaid (I) Medicare (H) Privada (a través del empleo) (M) Privada (pago directo) (O) Seguro médico para militares	(a) Activo/a (b) No aplicable (c) Veterano/a

### 3. INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Nombre	Ingreso bruto anual	Fuente(s)	Fuente(s)
1.	\$		(1) Pensión alimenticia / manutención conyugal (2) Manutención infantil (3) EITC (4) Empleo (5) General Assistance (6) MFIP (7) Ningún ingreso (8) Seguro privado por incapacidad (9) Jubilación/pensión (10) Trabajo autónomo (11) Seguro social
2.	\$		(12) SSDI (13) SSI (14) Seguro de desempleo (15) Compensación para veteranos por incapacidades no relacionadas con el servicio militar (16) Compensación para veteranos por incapacidades relacionadas con el servicio militar (17) Compensación por accidente laboral (18) Otro: _____
3.	\$		
4.	\$		
5.	\$		

#### 4. OTROS BENEFICIOS QUE NO REQUIEREN EFECTIVO

##### Indique los beneficios que reciben en su casa

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> SNAP   | <input type="checkbox"/> Vale para ayuda con gastos de vivienda           |
| <input type="checkbox"/> WIC  | <input type="checkbox"/> Vivienda permanente con apoyo                    |
| <input type="checkbox"/> HUD-VASH   | <input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley de Cuidado de Salud Asequible |
| <input type="checkbox"/> Asistencia con gastos de electricidad              |   |
| <input type="checkbox"/> Vivienda Pública                                   |   |
| <input type="checkbox"/> Vale para ayuda con los gastos de cuidado de niños |   |

#### 5. TIPO DE FAMILIA

- Soltero/a
- Pareja con niños
- Padre o madre soltero
- Dos adultos/NO niños
- Dos adultos no relacionados con niños
- Hogar con varias generaciones
- Otro

#### 6. SITUACIÓN DE VIVIENDA AL MOMENTO

- Arriendo
- Propiedad propia
- Dueño de casa/terreno arrendado
- Vagabundo
- Viviendo con familia/amigos
- Otro tipo de vivienda permanente
- Otro

#### 7. INDIQUE EL MOTIVO PRINCIPAL DE SU VISITA

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fallecimiento en la familia o hogar | <input type="checkbox"/> Pérdida de trabajo                                     | <input type="checkbox"/> Gastos inesperados         |
| <input type="checkbox"/> Incendio                            | <input type="checkbox"/> Pérdida o reducción de ingresos/cupones para alimentos | <input type="checkbox"/> Gastos médicos inesperados |
| <input type="checkbox"/> Sin Hogar                           | <input type="checkbox"/> Pérdida o reducción de otro apoyo financiero           | <input type="checkbox"/> Otro: Explica _____        |
| <input type="checkbox"/> Aumento del tamaño de la familia    | <input type="checkbox"/> Desastre natural                                       |   |
| <input type="checkbox"/> Gastos médicos a largo plazo        |   |   |

#### 8. SI QUIERE MÁS INFORMACIÓN ACERCA DE ALGÚN PROGRAMA INDIQUELO ABAJO

- |  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Presupuesto Familiar                                  | <input type="checkbox"/> Preparación de impuestos        | <input type="checkbox"/> Despensa familiar                | <input type="checkbox"/> Préstamos para reparar casa | <input type="checkbox"/> Early Head Start        |
| <input type="checkbox"/> Asistencia para prevenir juico hipotecario/consejería | <input type="checkbox"/> Tienda de segunda mano          | <input type="checkbox"/> Carro móvil de despensa familiar | <input type="checkbox"/> Vivienda temporal           | <input type="checkbox"/> Head Start              |
| <input type="checkbox"/> Entrenamiento para comprar casa                       | <input type="checkbox"/> Bolsa de comida                 | <input type="checkbox"/> WIC                              | <input type="checkbox"/> Climatización               | <input type="checkbox"/> Servicios para ancianos |
| <input type="checkbox"/> MNsure Navigator                                      | <input type="checkbox"/> Caja de emergencia de alimentos | <input type="checkbox"/> Asistencia de Energia            | <input type="checkbox"/> Registrarse para votar      |  |

## DECLARACIÓN DE DISCRIMINACIÓN

Los programas anteriores son programas de igualdad de oportunidades. Si considera que ha sido discriminado sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad, contacte al WCCA de inmediato. Si aplica por los servicios de WIC y considera que ha sido discriminado, diríjase inmediatamente a: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue S.W., Washington, DC 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

## ADVERTENCIA DE TENNESSEN

Se recopila esta información para verificar elegibilidad al programa y proporcionar Wright County Community Action (WCCA) la información necesaria para completar informes estatales y federales, así como satisfacer las necesidades de la agencia y de los estudios demográficos. Usted no está legalmente obligado a proporcionar esta información; Sin embargo, la falta de información puede afectar la elegibilidad de su programa. Es posible que WCCA comparta parte de esta información con agencias gubernamentales y organizaciones públicas tal y como lo permiten las leyes bajo la Ley de Práctica en Información estatales y federales. Si se determina que cualquier información de elegibilidad ha sido falsificada deliberadamente, esta solicitud será nula y sin efecto.

Entiendo la advertencia declarada anteriormente y certifico que la información que proporcioné es verdadera a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## MIEMBROS ADICIONALES DEL HOGAR

Nombre completo de todos los miembros del hogar incluyendo usted	Género	Fecha de nacimiento	Raza <small>(referirse a la clave)</small>	Estado Laboral <small>(referirse a la clave)</small>	Cobertura Médica <small>(referirse a la clave)</small>	Último Año Escolar	Incapacitado/a	Estado Militar <small>(referirse a la clave)</small>	Hispano/a o Latino/a	Asiste a una escuela
1.		___/___/___					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.		___/___/___					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3.		___/___/___					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.		___/___/___					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5.		___/___/___					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6.		___/___/___					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7.		___/___/___					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8.		___/___/___					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### CLAVE

Raza	Estado Laboral	Cobertura Médica	Estado Militar
(W) Caucásico/a (B) Negro/a o afroamericano/a (A) Asiático/a (I) Indígena americano/a o nativo de Alaska (H) Nativo/a de Hawái/otro isleño del pacífico (M) Multirracial (O) Otro: _____	(f) Tiempo completo (p) Tiempo parcial (c) Contratado (t) Temporal (r) Jubilado	(l) Desempleado durante 6 meses o menos (g) Desempleado durante más de 6 meses (u) Desempleado (no buscando trabajo) (s) Trabajador agrícola migrante temporal	(W) Asistencia Médica (B) Minnesota Care (A) Medicaid (I) Medicare (H) Privada (a través del empleo) (M) Privada (pago directo) (O) Seguro médico para militares
			(a) Activo/a (b) No aplicable (c) Veterano/a