

PROGRAMA DE AUTO-SUFICIENCIA FAMILIAR
Forma de Pre-Registración

Nombre: _____ Fecha: _____
 Direccion Postal: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Social Security Number: _____
 Telefono: _____ Celular: _____ e-mail: _____

1. Favor de enlistar a todos los miembros de la familia que viven en su casa, incluyendose usted mismo. Provea el tipo de relacion que tienen con usted.

Nombre del Miembro de Familia	Tipo de Relacion on Usted	Edad	Sexo	Tipo Etnico
	Yo Mismo			
*Tipo Étnico incluye: Blanco, Afro Americano, Hispano, Indio Americano Nativo de Alaska, y Asiático				

2. Esta usted trabajando? Si ___ No ___ permanente__ temporal___
 agricultura/temporal _____ Si es si, provea lugar de trabajo _____
 Fecha en que empezó a trabajar _____
 Nombre del puesto que tiene _____
 Pago por hora _____ Cuantas horas por semana _____
 Si esta desempleado, que tipo de ingreso recibe _____

Forma de Pre-Registracion
Pagina 2

3. Algun otro miembro de la familia esta empleado? Si _____ No _____
Si es si, favor de completar la siguiente informacion:

Miembro de Familia	Tipo de Trabajo	Forma de Pago (indique si es por hora/semanal)	

4. Favor de marcar con una X a cada una de las cosas que usted considere que necesita.

- Necesita un mejor trabajo
- Necesita a alguien que cuide sus hijos
- Necesita mas dinero para dar pagos cada mes
- Necesita terminar la escuela
- Necesita asistencia de comida
- Entrenamiento de trabajo
- Necesita mejor transportacion
- Necesita ver un doctor por Problemas de salud.
- Necesita ayuda para ser mejor padre
- Terapia
- Guia para administrar su dinero

Por favor enliste algun otro servicio que usted necesite, o metas que usted o su familia tengan:

5. Favor de marcar las diferentes agencias que usted ha visitado o de las cuales ha recibido algun servicio en los ultimos seis meses.

- | | |
|---|--|
| — Departamento de Salud, doctor o clinica | — Comm. action Agency or Comm. Service |
| — Programa de entrenamiento de trabajo | — Departamento de DES |
| — Centro para la Salud Mental | — Programa de Alcohol o Drogas |
| — Almacen de Comida | — Programa de comida gratis |
| — Pre-Escolar para niños | — Programa de servicios para niños |
| — Colegio de la Comunidad | — Escuela Vocacional/Tecnica |
| — Albergues | — Ningunos de los de arriba |
| — Otro (Favor de enlistar) | |

6. Habla usted Ingles? Si No
Si no, cual idioma (s) habla usted? _____

7. Algun miembro de su familia habla Ingles? Si No
Si no, cual idioma (s) hablan? _____

8. Tiene usted certificado de preparatoria o GED? Si No

9. Cuantos años de educacion completo? # de años _____

10. Si usted obtuviera trabajo o cambiara de trabajo, necesitaria encontrar a alguien que le cuide a sus hijos (cuidado de niños) Si No

11. Esta usted actualmente trabajando con un consejero o trabajador social quien le ayuda a usted y su familia a encontrar los servicios que usted necesita?
Si es si, provea el nombre de esa persona: _____
Para cual agencia trabaja? _____

12. Esta usted actualmente recibiendo Sevicios de consejo social de alguna agencia?
Si No

Si es si, que agencia? _____

Forma de Pre-Registracion

Pagina 4

13. Cuales son los dos o tres problemas mas grandes a los que USTED se enfrenta hoy?

14. Cuales son los dos o tres problemas mas grandes a los que actualmente SU FAMILIA se enfrenta?

FIRMA _____

FECHA _____