



Card #

FECHA: / /

Una membresía por familia

Apellido:

Nombre:

Dirección: Apt#

Ciudad: Estado: Postal:

Condado:

Fecha De Nacimiento: Tele:

email :

Raza (Circule una) **Negro** **Blanco** **Haitiano** **Asiático** **Hindú** **Otro**

Etnia (Circule una) **Hispano** **No Hispano**

Número De Personas en Hogar **1** 2 3 4 5 6 7 8 9 Otro:___

Número de Niños en el Hogar 0 1 2 3 4 5 6 7 8 Otro:___

(Circule una) Empleado Desempleado Trabajo Indemnización Sin Hogar

Renta / Hipoteca \$ Mensual

Empleo	Mensual \$	<input type="text"/>
Seguro Social	Mensual \$	<input type="text"/>
Beneficio de Desempleo	Mensual \$	<input type="text"/>
Manutención de Hijo(s)	Mensual \$	<input type="text"/>
Asistencia Familiar	Mensual \$	<input type="text"/>
EBT (Beneficios de Comida)	Mensual \$	<input type="text"/>
Ingreso total del Hogar*	\$	<input type="text"/>

(Para uso de Personal)

Miembro no tiene ingreso

Miembro vive acompañado de una persona, el cual trabaja o recibe beneficios de seguro social

Otro: _____

Ciudadano de EU Sí No

Licencia de conducir Sí No

Veterano Sí No

Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)

Yo certifico, que soy elegible por las regulaciones de United Against Poverty para servicios. Elegibilidad es determinada por el documento de ingreso presentado en la mesa de bienvenida. Este documento es para determinar que estoy viviendo bajo el 200% del nivel de pobreza. Bajo juramento declaro que la información es correcta y que mi residencia es la que indiqué. Yo concedo permiso a UAP de compartir mi información con otras entidades, con el propósito de mejorar mis servicios por un año.

Firma X Fecha:

Firma del personal de UAP Fecha: