

Solicitud de cliente para los programas de Workforce



- 1. Revise este formulario con el cliente y complete todas las secciones
- 2. Consulte la hoja de instrucciones que le ayudará a completar el formulario
- 3. Consérvelo en sus archivos por cinco años

Información de contacto

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento (m/d/yy): ___ / _____ / _____ Últimas 4 cifras del número de Seguro Social: _____
(Déjelo en blanco si no quiere proporcionar esta información.)

¿Se encuentra sin hogar?: Sí No (En caso afirmativo, proporcione una dirección donde pueda recibir correos postales.)

Dirección residencial: _____ Unidad/Apto#: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Número de teléfono alternativo (opcional): _____

Correo electrónico _____

Información demográfica

¿Cuál raza o etnia le describe mejor?

(Marque TODO lo que corresponda)

- Indígena estadounidense o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Hispano, latino, o español
- Del Oriente Medio o norafricano
- Hawaiano /de otras islas del Pacífico
- Blanco

¿Cuál es el idioma principal que se habla en su casa?

(Marque una)

- Chino - Cantonés
- Chino - Mandarín
- Inglés
- Filipino
- Ruso
- Español
- Vietnamita
- Otro idioma. Por favor explique : _____

¿Cuál es su género?

(Marque UNA opción que describa mejor su identidad de género actual)

- Femenino
- Masculino
- Genderqueer / género no binario
- Trans femenino
- Trans masculino
- No listado; por favor especifique _____

¿Cómo describe su orientación sexual o identidad sexual

(Marque una)

- Bisexual
- Gay / lesbiana / amante del mismo género
- Cuestionándose / dudando
- Straight/Heterosexual
- No listado; por favor especifique _____
- Me niego a responder

	Sí	No
¿Está actualmente en las fuerzas armadas, o es un veterano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguna vez ¿ha tenido contacto con el sistema de justicia penal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene dificultad para entender inglés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usted tiene una discapacidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Estás dentro o has envejecido fuera del sistema de acogida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es padre o madre soltero/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Educación y empleo

¿Está actualmente estudiando en la escuela?

(Marque una)

- Sí, en la escuela secundaria
- En una escuela alternativa
- En un programa posterior a la secundaria
- No asisto a la escuela secundaria o abandoné la escuela
- No asisto a la escuela, graduado de la secundaria

¿Cuál es el grado más alto de estudios que ha completado?

(Marque una)

- Ningún grado escolar
- _____ Grado (escriba del 1 al 11)
- Duodécimo grado pero sin diploma / GED
- Diploma de escuela secundaria
- GED o equivalente
- Certificado de asistencia / Finalización
- Otro: Título o certificado de post-secundaria
- Algunos estudios universitarios, sin título
- Título asociado
- Licenciatura o equivalente
- Un grado más avanzado de una licenciatura

Actualmente ¿cuál es su situación laboral?

(Marque una)

- Trabajo a tiempo completo
- Trabajo a tiempo parcial (menos de 32 horas)
- Sin trabajo
- Nunca he trabajado
- Otros (como trabajar como contratista o empleado temporal)

Si trabaja a tiempo parcial, ¿está buscando empleo a tiempo completo?

(Marque una)

- Sí
- No

¿Cuál es su salario por hora actual o el más reciente?

\$ _____ \$ por hora

Ingresos y beneficios públicos

Número de personas en su familia que viven con usted (Una familia puede ser una persona o un grupo de personas que viven juntas.)

Estimación de los ingresos familiares ANUALES de todos los miembros adultos:

\$ _____ \$ por año

¿Recibe algún tipo de asistencia de beneficios públicos?

(Marque TODAS las opciones que correspondan)

- CalFresh (Cupones para alimentos)
- CalWorks
- Otro programa de asistencia que entrega efectivo
- Medi-Cal
- Seguro de Incapacidad del Seguro Social
- SSI

Certifico que, a mi leal saber y entender, las afirmaciones anteriores son ciertas y correctas. Entiendo que esta información está sujeta a verificación por la Oficina de Desarrollo Económico y Laboral y el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE.UU. para programas financiados por el gobierno federal.

Firma de uno de los padres / Cliente _____ Fecha _____

Nombre de la agencia _____ Nombre del personal de la agencia _____

Firma del personal de la agencia _____ Fecha _____

Certificación de Ingresos del Programa de Subsidios de Desarrollo Comunitario (CDBG):

Para los clientes inscritos en programas CDBG, revise el nivel de ingresos del cliente e indique la fuente de ingresos a continuación.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Recibos de pago del sueldo | <input type="checkbox"/> Beneficios públicos (por ejemplo, CalWorks, CalFresh, Medi-Cal, CAAP, SSDI, SDI) | <input type="checkbox"/> Estuvo en cuidado de crianza |
| <input type="checkbox"/> Declaración de impuestos | <input type="checkbox"/> Asistencia para la renta (por ejemplo, comprobante de la Sección 8) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo (recibo de pago) | <input type="checkbox"/> Estuvo en cuidado de crianza | |
| <input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos | | |