



South Antelope Valley Emergency Services

Aplicación de Participante
 (Toda la información **debe** ser llenada por completo)

Fecha: _____ Referido por: _____

Solicitante Principal: _____		Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____	
Seguro Social #: XXX-XX-_____		Licencia de Manejo/ID #: _____	
Dirección: _____			
Ciudad: _____		Estado: _____	Código postal: _____
Teléfono: _____		Teléfono Alt.: _____	
Deseabilidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Servicio Militar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sí, que rama del servicio militar? _____			

2nd Adulto: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Seguro Social #: XXX-XX-_____ Licencia de Manejo/ID #: _____

Deseabilidad? Sí No **Servicio Militar?** Sí No Sí, que rama del servicio militar: _____

3rd Adulto: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Seguro Social #: XXX-XX-_____ Licencia de Manejo/ID #: _____

Deseabilidad? Sí No **Servicio Militar?** Sí No Sí, que rama del servicio militar: _____

4th Adulto: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Seguro Social #: XXX-XX-_____ Licencia de Manejo/ID #: _____

Deseabilidad? Sí No **Servicio Militar?** Sí No Sí, que rama del servicio militar: _____

Nombre de Niños	Fecha de nacimiento (Mes/Dia/Año)	Género	Deseabilidad?
1.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7.		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Fuente de Ingresos: Por favor, rellene la cantidad mensual de cada ingreso recibido por los miembros del hogar.

Ejemplo: \$135.00 SSI + \$ 811.00 Empleo = **\$946.00 Total**

\$ _____ GR	\$ _____ CalWorks	\$ _____ Seguro Social
\$ _____ Descivilizad	\$ _____ Empleo	\$ _____ Mantenimiento
\$ _____ SSI	\$ _____ Pensión	\$ _____ Desempleó
\$ _____ SSA	\$ _____ TANF	\$ _____ Apoyo infantil
\$ _____ Sin Ingreso	\$ _____ KinGap	\$ _____ Foster Care
\$ _____ CalFresh	\$ _____ Otro (_____)	

Suma TODOS los ingresos para el ingreso TOTAL:

\$

Es usted de origen Hispano o Latino? Sí No

Raza/Etnia (La información es utilizada para informes a fuentes de financiación solamente)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Nativo del Norte América & Blanco |
| <input type="checkbox"/> Afro/Americano | <input type="checkbox"/> Asiático & Blanco |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Afro/Americano & Blanco |
| <input type="checkbox"/> Nativo del Norte de América | <input type="checkbox"/> Nativo del Norte de América & Afro/Americano |
| <input type="checkbox"/> Nativos Hawaianos o islas del Pacifico | |

Otras Multi-Razas (La información es utilizada para informes a fuentes de financiación solamente)

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mexicano/Chicano | <input type="checkbox"/> Cubano |
| <input type="checkbox"/> Puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Nivel mas alto de Educación (La información es utilizada para informes a fuentes de financiación solamente)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No termine La Secundaria | <input type="checkbox"/> Titulo Asociado |
| <input type="checkbox"/> Graduado de La Secundaria | <input type="checkbox"/> Licenciatura Universitaria |
| <input type="checkbox"/> GED | <input type="checkbox"/> Postgrado o más alto |
| <input type="checkbox"/> Colegio post-secundaria | |

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ **FECHA:** _____

NOTAS DEL PERSONAL: STAFF-please check one EL VL L

Firma del Personal: _____ Fecha: _____