



Transitional, Intergenerational Group Residence Application

INFORMACIÓN PERSONAL Y LA FAMILIA

Nombre _____ Fecha _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / _____ SS # _____ Género _____

Texas ID # _____ Idioma Principal: _____

Estado civil: solo se divorció de derecho común viven juntos casado y viviendo con su cónyuge
casado y no vive con cónyuge separado **viudo**

Raza: Multirracial indios americanos asiáticos afroamericanos blanco otros

¿Eres un ciudadano estadounidense? Si _____ No _____ ¿eres Hispano o Latino? Sí _____ No _____
Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono principal _____ Teléfono trabajo _____
Teléfono celular _____ Dirección de correo electrónico: _____

¿Cómo te enteraste compartió vivienda? _____

Número de niños/dependientes: _____

Nombre	Fecha de nacimiento	Seguridad social	Relación

¿Tiene otros hijos que no viven con usted? ____ Si ____ No en caso afirmativo, sírvase enumerar.

Nombre	Fecha de nacimiento	¿Con quien viven?	¿Le visitan? ¿Cuándo/frecuencia?



Transitional, Intergenerational Group Residence Application

Información Básica

Estado militar: Activo Inactivo N/A

Si el estado activo/inactivo militar: ¿cuál es la duración de su servicio activo? _____

Rama de servicio: _____ descarga Estado: _____

¿Ha nunca sido condenado por un delito grave? Sí ___ No ___ En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Eres víctima de violencia doméstica? ¿Sí ___ No ___ cómo recientemente? _____

¿Son personas sin hogar? No ___ sí ___

¿Dónde duermes anoche? Código postal de residencia previo: _____

Al aire libre (*ubicación*) _____ con familia con amigo
 Emergencia refugio (*nombre*) _____ Motel (*ubicación*) _____
 Vivienda de transición (*nombre*) _____ Tratamiento de drogas y Alcohol (*nombre*) _____
 Permanente respaldo (*nombre*) _____ Otro (*describir*) _____

Longitud de estancia en residencia previo: 1 semana o menos más de una semana, pero menos de 1 mes
 1 a 3 meses más de 3 meses, pero menos de 1 año 1 año o más

Has sido sin hogar 4 o más veces en los últimos 3 años? Si ___ No ___ Si sí, con qué frecuencia? _____ veces

¿Se hizo sin hogar por primera vez en los últimos 12 meses? Sí ___ No ___

Si usted ha sido sin hogar menos de un año, indicar la cantidad de tiempo que ha estado sin hogar a continuación:

Menos de 1 mes a 2 meses 3 a 5 meses 6 a 8 meses 9 a 11 meses

Han sido sin hogar durante 1 año o más? Sí ___ No ___

Elija entre uno y tres factores que mejor explica por qué estás personas sin hogar.

Desempleados, perdió trabajo abuso doméstico abuso/dependencia incapacidad médica

Problemas legales de familia problemas de enfermedad mental / previo ofensor sexual de convicción

Desalojo no hay suficiente dinero desastres naturales otros: _____

PERFIL DE LA EDUCACIÓN

¿Está actualmente en la escuela? Si ___ No ___



Transitional, Intergenerational Group Residence Application

No terminó la escuela GED High School Diploma **Colegio** 2 año grado
 Superior (especificar) _____ Profesional y certificación _____

Especificar estudios de materias favoritos: _____

HISTORIA DE EMPLEO

¿Ha trabajado alguna vez? ____ Si ____ No

Estado actual de empleo: trabajando a tiempo completo trabajo a tiempo parcial no funciona

Ocupación _____ Empleador _____

¿Cuál es tu salario/sueldo mensual? _____

Es su trabajo: Temporario Temporada Sazon Permanente

Horas trabajadas la semana pasada: _____

Si no funciona, ¿cuál fue la razón para abandonar? _____

Tipo de trabajo/ocupación: _____

¿Cuántos años ha trabajado? _____

¿Cuántas veces ha cambiado empleos el año pasado? _____

ESTADO DE INGRESOS

FUENTE de ingresos y los importes mensuales

De empleo desempleo beneficia _____ Seguridad Social _____ Niño apoyo _____
 Cupones de alimentos _____ Veteranos de beneficia _____ SSI _____ SSDI _____ AFDC/TANF _____
 Medicaid _____ Medicare _____ Otro (sírvese especificar) _____

TRANSPORTE

¿Conduces? Sí ____ No ____ licencia de conductores # _____

¿Tienes un coche? Sí ____ No ____ ¿Necesidad de una línea de autobús? Sí ____ No ____

¿Tiene otros medios de transporte disponibles? _____

SALUD

¿Cuál es su estado de salud general? Excelentes muy buenos pobres justos

¿Tiene seguro de salud? Si ____ No ____ ¿Hacer que usted tiene una enfermedad crónica? Si ____ No ____

Médico/clínica _____ Teléfono/Fax _____



Transitional, Intergenerational Group Residence Application

Dirección _____

¿Qué medicamentos (prescritos o al contador) tomar? _____

¿Razones para tomar medicamentos? _____

¿Está embarazada? ¿Si _____ No _____ si sí cómo muchos meses? _____

¿Tienes una historia de lo siguiente? (Marque todo lo que corresponda)

Enfermedades de transmisión sexual enfermedades mentales Alcohol abuso
Discapacidades físicas discapacidades de desarrollo uso indebido de drogas

¿Que los **miembros de la familia** tiene un historial de las siguientes? (Marque todo lo que corresponda)

Enfermedades de transmisión sexual enfermedades mentales Alcohol abuso
Discapacidades físicas discapacidades de desarrollo uso indebido de drogas

¿Cuál es el estado general de salud de hijos: Excelente muy buenos pobres justos enfermedad crónica

¿Tiene seguro de salud? Si _____ No _____ ¿Hacer que usted tiene una enfermedad crónica? Si _____
No _____

Tus hijos tiene una condición de salud física o mental que deberíamos saber sobre? Sí _____ No _____

Favor de especificar : _____

INTERESES Y AFICIONES INFORMACIÓN

¿Cuáles son sus talentos especiales, intereses y aficiones? _____

¿Qué tareas están capaz de realizar bien?

Mucama _____ Conducción _____ Cocina _____ Lavandería _____ Yarda _____ Otros _____

¿Qué tareas son **no se puede** realizar?

Mucama _____ Conducción _____ Cocina _____ Lavandería _____ Yarda _____ Otros _____

Utilice este espacio que nos proporcione cualquier información adicional se siente voluntad importante en consideración de su aplicación:



Transitional, Intergenerational Group Residence Application

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

En caso de una emergencia, póngase en contacto con:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono(s): _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono(s): _____

REFERENCIAS

1. Nombre: _____

Dirección:

Teléfono de casa:

trabajo:

Teléfono de

2. Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____

Teléfono de trabajo:
