

# Formulario de información general

Por favor llene este formulario en su totalidad para poder brindarle un mejor servicio. El formulario es de 2 hojas.  
 Toda la información proveída se mantendrá de forma confidencial

Nombre \_\_\_\_\_ ID del Cliente \_\_\_\_\_  
 Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_ SSN **XXX-XX-XXXX** Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Condado De Residencia \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

**Por favor, tómese su tiempo y responda cada pregunta, si prefiere no responder, circule N/A**

Estado civil (Círcule): Casado Unión Libre Soltero (Nunca Casado) Separado Divorciado Viudo

Raza (Círcule): Afroamericano indio Nativo/Alaska Asiático Caucásico  
 Islas Pacíficas/Hawaianas Multirracial Otro

Ethnia (Círcule): Hispano Non-Hispano Esta usted incapacitado? Círcule: Si/No

Servicio Militar (Círcule): En Servicio Veterano Esposo Activo Esposo/Veterano Nunca Inscrito

Nivel Educativo (Círcule): No Diploma de Preparatoria GED Diploma de Preparatoria Algo de Universidad  
 Asociado Licenciatura Maestría Doctorado

Estado Actual de Empleo (Círcule): Tiempo Completo (35 Horas por Semana) Medio Tiempo (menos de 35 Horas por Semana)  
 Desempleado No en la Fuerza Laboral (Ama de Casa, Discapacitado, Jubilado) Otro

Durante los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido el ingreso del hogar? \_\_\_\_\_ Cabeza de Familia Círcule M/F

Seguro de Salud (Círcule): Seguro Privado (Por medio de Empleador) Seguro del Gobierno  
 Seguro Privado (No Por Medio de Empleador) Sin Cobertura

**Por favor indique cuantas personas incluyéndole habitan en su hogar:** \_\_\_\_\_

**Por favor llene los espacios con la información de los miembros del hogar sin incluirse.**

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_ Raza/ Etnia \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_ Raza/ Etnia \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_ Raza/ Etnia \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_ Raza/ Etnia \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_ Raza/ Etnia \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_ Raza/ Etnia \_\_\_\_\_



¿Tiene hijos en alguna de las siguientes escuelas?

Por favor agregue nombres adicionales al reverso de la hoja.

IPS 46 S/N Nombre(s) del Niño(s) \_\_\_\_\_

IPS 49 S/N Nombre(s) del Niño(s) \_\_\_\_\_

IPS 47 S/N Nombre(s) del Niño(s) \_\_\_\_\_

George Washington Community High School S/N Nombre(s) del Niño(s) \_\_\_\_\_

Nivel Escolar de todos los niños menores de 18 años. (Por favor agregue información adicional en la sección debajo)

Niño 1 \_\_\_\_\_ Niño 2 \_\_\_\_\_ Niño 3 \_\_\_\_\_ Niño 4 \_\_\_\_\_

Año en el que se anticipa la graduación de la escuela secundaria:

Niño 1 \_\_\_\_\_ Niño 2 \_\_\_\_\_ Niño 3 \_\_\_\_\_ Niño 4 \_\_\_\_\_

Distrito escolar al que asiste cada niño(s): (municipio de Wayne, municipio de Washington, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si tiene hijos en alguna de las escuelas mencionadas arriba, por favor indique el número de niños entre las edades de 0-12 años que reciben almuerzos gratuitos o de costo reducido en la escuela \_\_\_\_\_

Si tiene hijos en alguna de las escuelas mencionadas arriba, por favor indique el número de niños entre las edades de 0-12 años que participan en clases de ESL (inglés como segundo idioma) \_\_\_\_\_

Por favor indique el número de niños que tiene, entre las edades de 0-12 años asistiendo a otras escuelas no mencionadas arriba.  
\_\_\_\_\_

Información adicional:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor lea la declaración de Comunicados de Prensa. Esto no afecta su elegibilidad para recibir servicios del Centro Comunitario Mary Rigg.

Comunicado de prensa

Yo, por medio de la presente doy total consentimiento para que los empleados o agentes del Centro Comunitario Mary Rigg tomen cintas de vídeo o de grabación digital mía y/o de mi(s) hijo(s), que los utilicen en cualquier y todos los medios de comunicación ahora o en el futuro, exclusivamente con la finalidad de promociones educativas y de mercadotecnia y para la evaluación de programas. Además, doy mi consentimiento para que mi nombre e identidad puedan ser revelados en cualquier obra, texto descriptivo o comentario. Entiendo que tengo el derecho de solicitar una copia completa de la Política del Comunicado de Prensa.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Servicios útiles

Mary Rigg se esfuerza por ayudar a nuestras familias lo mejor que podemos. La siguiente es una lista de los servicios disponibles con los que Mary Rigg puede ayudarlo. Si desea obtener más información o asistencia con uno de los siguientes temas, háganoslo saber marcando la casilla. Por favor marque todos los que apliquen.

- Asistencia de ropa
- Asistencia alimentaria
- Asesoramiento/asistencia financiera
- Asistencia con artículos de higiene
- Orientación Laboral
- Formación Profesional/Puente
- Equivalencia de escuela secundaria (HSE)
- Aprendices del Idioma Inglés (ELL)
- Manejo del comportamiento en casa
- Referencia de servicios de salud mental
- Referencia de seguro de salud
- Referencia de cuidado infantil para cuidado infantil temprano (0-5 años)
- Educación especial (incluyendo IEP o planes 504)
- Servicios de tutoría
- Oportunidades para voluntarios

Si hay servicios adicionales que no figuran en la lista anterior con los que puede necesitar ayuda, infórmenos proporcionando la información a continuación.

---



---



---



---

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha