



**Client Intake Form  
IMACA CSBG (Rev. 1/14) Shaded Areas for Official Use Only**

Service Codes			
Priority Points			

<b>Agency Location:</b>	<b>Intake Staff:</b>	<b>Intake Date:</b>
-------------------------	----------------------	---------------------

Nombre	Inicial Mediano	Apellido	Genero	Edad	Fecha de Nacimiento		
Dirección del Hogar			Unidad #	Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
Domicilio Postal (si es diferente a la anterior)				Ciudad	Condado	Estado <b>CA</b>	Código Postal
Número de Teléfono ( )	Número de Teléfono Alternativo ( )	Email	Número total de personas que viven en el hogar, incluyéndose usted.				

**Información de las personas que viven en el Hogar (Inclúyase usted mismo)**

Nombre de la persona que vive en el Hogar	Sexo	Fecha de Nacimiento	Edad	Parentesco con el solicitante	Étnico: Negro no hispano, Blanco no hispano, Hispano ó Latino, Hawaiano ó Isleño del Pacífico, Americano Nativo ó de Alaska, Asiático, Otro, Multi-Étnico	Educación: 0-8, 9-12, Graduado de la Preparatoria, 12 y algunos estudios, Título Universitario	Otras Características: Discapacitado, Seguro Médico, Trabajador Extranjero ó Trabajador Agrícola, Veterano
1				Yo mismo			
2							
3							
4							
5							
6							
7							

**Información del Hogar**

**Fuentes de Ingresos de las Personas que viven en el Hogar**

**Vivienda** (marque todas las que correspondan)

A.  Propia  
 B.  Arrendando  
 C.  Sin hogar  
 D.  Vivienda subsidiada ó pública  
 E.  Casa Móvil  
 F.  Apartamento/Dúplex  
 G.  Vivienda unifamiliar

**Tipo de Familia** (marque uno)

A.  Madre soltera  
 B.  Padre soltero  
 C.  Hogar con dos Padres  
 D.  Persona Soltera  
 E.  Dos Adultos - ningún niño  
 F.  Padres menores de 20 años  
 G.  Padre soltero/a menor de 20 años  
 H.  Otro

**Me interesa recibir más Información sobre...**

A.  Ayuda alimentaria  
 B.  Ayuda de energía  
 C.  Reparación para el hogar para conservar energía  
 D.  Asistencia para vivienda  
 E.  Subsidio del Cuidado Infantil/Community Connections for Children (Condado de Mono)  
 F.  Programa de Canastas de Comida de Días Festivos/Programa de Regalos  
 G.  Programa Head Start/Preescolar Estatal  
 H.  Cuerpo de Conservación - para adultos y jóvenes  
 I.  Asistencia para el Huerto  
 J.  Ser voluntario de IMACA  
 K.  Otro

Escriba en bruto el total ingreso mensual de todas personas que viven en su casa:

Sin Sueldo \$ \_\_\_\_\_  
 TANF \$ \_\_\_\_\_  
 SSI/SSP \$ \_\_\_\_\_  
 Seguro Social \$ \_\_\_\_\_  
 Pensión \$ \_\_\_\_\_  
 Asistencia General \$ \_\_\_\_\_  
 Desempleado \$ \_\_\_\_\_  
 Beneficios Veteranos \$ \_\_\_\_\_

1 - Sueldo \$ \_\_\_\_\_  
 2 - Sueldo \$ \_\_\_\_\_  
 3 - Sueldo \$ \_\_\_\_\_  
 4 - Sueldo \$ \_\_\_\_\_

OTROS \$ \_\_\_\_\_

**Ingreso Total Mensual** \$ \_\_\_\_\_

Annual Income \$ \_\_\_\_\_  
 Percentage of Poverty Level \_\_\_\_\_%

**Declaración de Solicitante:** La información en esta solicitud será usada para determinar y verificar mi elegibilidad para recibir ayuda por programas de IMACA. Asimismo entiendo que IMACA no discrimina en la provisión de servicios en base a la raza, color, ó nacionalidad, incapacitados por salud, edad, ó sexo. Yo certifico que la información que yo he dado es correcta y no ha sido dada con la intención de defraudar, tengo por entendido que cualquier falsificación deliberada de la misma ocasionara mi inmediata cancelación de cualquier programa de IMACA. Asimismo es de mi conocimiento, que la información relacionada a la determinación de mi elegibilidad requiere verificación y/ó documentación, y que con mi firma estoy autorizando a quien corresponda sea a las agencias, grupo de personas ó individuos a dar cualquier información que sea necesaria.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del testigo (si sea necesario)