

Schuylkill Community Action- Formulario de admisión

Complete la siguiente información para usted y todos los miembros del hogar. Si no completa este formulario en su totalidad, es posible que se retrase el procesamiento de su asistencia. Continúe en la parte de atrás para los miembros adicionales del hogar.

	Cabezera del Hogar	Miembro del hogar 1	Miembro del hogar 2	Miembro del hogar 3	Miembro del hogar 4
Nombre					
Numero De Seguro Social					
Fecha de nacimiento					
Género					
La raza					
Etnicidad-Hispanic/Latino- (Si o No)					
Desabilitado (Si/No)- Si es Si, Físico o mental					
Militar- (Veterano Activo, or No)					
Tiene Empleo- (Si/No) Si es si, Tiempo completo o Medio tiempo					
Plan Medico- (Si/No) Si es Si, Privado or del Gobierno					
Mayor Nivel de Educación Completado					

Aseguradora de salud (circule uno)	UPMC	Geisinger	Health Partners Plan	Amerihealth	Otro
---	------	-----------	----------------------	-------------	------

Name

Date

Miembros adicionales del hogar

	Miembro del hogar 5	Miembro del hogar 6	Miembro del hogar 7	Miembro del hogar 8	Miembro del hogar 9
Nombre					
Numero De Seguro Social					
Fecha de nacimiento					
Género					
La raza					
Etnicidad-Hispanic/Latino- (Si o No)					
Desabilitado (Si/No)- Si es Si, Físico o mental					
Militar- (Veterano Activo, or No)					
Tiene Empleo- (Si/No) Si es si, Tiempo completo o Medio tiempo					
Plan Medico- (Si/No) Si es Si, Privado or del Gobierno					
Mayor Nivel de Educación Completado					