

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

<b>Aseguradora de salud (circule uno)</b>	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
<b>Nombre</b>					
<b>Numero De Seguro Social</b>					
<b>Fecha de nacimiento</b>					
<b>Género</b>					
<b>La raza</b>					
<b>Etnicidad-Hispanic/Latino- (Si o No)</b>					
<b>Desabilitado (Si/No)- Si es Si, Físico o mental</b>					
<b>Militar- ( Veterano Activo, or No)</b>					
<b>Tiene Empleo- (Si/No) Si es si, Tiempo completo o Medio tiempo</b>					
<b>Plan Medico- (Si/No) Si es Si, Privado or del Gobierno</b>					
<b>Mayor Nivel de Educación Completado</b>					