



21 Richmond Ave.
 Oxnard CA 93030
 Phone: (805) 436-4000
 Fax: (805) 204-4887
 www.ca-vc.org

Admisión General

1. Teléfono _____ 2. Fecha _____
3. Nombre _____ 5. Direccion _____ Ciudad _____ Código Postal _____
6. Fecha de Nacimiento ____/____/____ 7. Total de personas que viven en la casa _____
8. Email _____

Hoja demográfica para el aplicante

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <p>1. Etnicidad</p> <p><input type="checkbox"/> Hispano/Latino</p> <p><input type="checkbox"/> No Hispano/Latino</p> | <p>4. Raza</p> <p><input type="checkbox"/> Indio Americano</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Asiatico</p> <p><input type="checkbox"/> Multicultural</p> <p><input type="checkbox"/> Africano Americano</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de islas del Pacifico</p> <p><input type="checkbox"/> No Especificado</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco</p> <p><input type="checkbox"/> Otro</p> | <p>5. Estado Civil</p> <p><input type="checkbox"/> Divorciado</p> <p><input type="checkbox"/> Pareja</p> <p><input type="checkbox"/> Casado</p> <p><input type="checkbox"/> Separado</p> <p><input type="checkbox"/> Soltero</p> <p><input type="checkbox"/> Viudo</p> | <p>6. Tipo de Familia</p> <p><input type="checkbox"/> Abuelos encargados de la crianza de Nietos</p> <p><input type="checkbox"/> Madre soltera</p> <p><input type="checkbox"/> Padre Soltero</p> <p><input type="checkbox"/> Persona sola</p> <p><input type="checkbox"/> 2 o mas Adultos (no niños)</p> <p><input type="checkbox"/> Hogar con los 2 padres</p> |
| <p>2. Sexo</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> | | | |
| <p>3. Incapacitado</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> | | | |
| <p>7. Aseguransa Medica</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna</p> <p><input type="checkbox"/> Privada</p> <p><input type="checkbox"/> Veteranos</p> <p><input type="checkbox"/> Medi-Cal</p> <p><input type="checkbox"/> Medicaid</p> <p><input type="checkbox"/> Otro</p> | <p>8. Educación</p> <p><input type="checkbox"/> 0-8th</p> <p><input type="checkbox"/> 9-12th</p> <p><input type="checkbox"/> HS Grad/GED</p> <p><input type="checkbox"/> 12+</p> <p><input type="checkbox"/> Graduado del colegio</p> | <p>9. Caracteristica</p> <p><input type="checkbox"/> Trabajador Agricola</p> <p><input type="checkbox"/> Agricola Migrante</p> <p><input type="checkbox"/> Agricola temporal</p> <p><input type="checkbox"/> Veterano</p> <p><input type="checkbox"/> Familia de un militar</p> | <p>10. Vivienda</p> <p><input type="checkbox"/> Renta</p> <p><input type="checkbox"/> Propia</p> <p><input type="checkbox"/> Desamparado</p> <p>11. Necesita manutencion de hijos</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> |

Este cuadro es sólo para uso oficial

Notas: _____

| | | | |
|---|---|--|--|
| PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR Ingrese la cantidad total de personas que viven en el hogar incluido usted | ○ | INGRESOS Ingrese la cantidad total de personas que reciben ingresos | ○ |
| <i>Datos demográficos: Ingrese la cantidad de personas en el hogar que son:</i> | | <i>Indique e el ingreso mensual bruto total de todas las personas que viven en el hogar:</i> | |
| Edades 0 – 2 años | | TANF / CalWorks | \$ |
| Edades 3 - 5 años | | SSI / SSP | \$ |
| Edades 6 - 18 años | | SSA / SSDI | \$ |
| Edades 19 - 59 | | Cheque(s) de pago | \$ |
| Edades mayor de 60 años | | Intereses | \$ |
| Discapacitado | | Pensión | \$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Nativo Americano | | Otro | \$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Trabajador agrícola estacional o migrante | | Ingreso mensual total | \$ |

INTEGRANTES DEL HOGAR

INGRESE LA INFORMACIÓN DE **TODOS** LOS INTEGRANTES DEL HOGAR

Si en su hogar viven más de 7 personas, incluya su información en una hoja adicional.

| Nombre | Apellido | Relación con el solicitante | Fecha de nacimiento DD/MM/AA | Monto del ingreso bruto total (Antes de impuestos y deducciones) | Fuente de ingresos |
|--|----------|-----------------------------|------------------------------|--|-----------------------------|
| | | Usted | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Monto del ingreso bruto mensual total del hogar | | | | \$ | |
| ¿Usted o alguien de su familia recibe ACTUALMENTE CalFresh (Cupones para alimentos)? | | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

| | | |
|-------------------------------|--|-------|
| X | | |
| *** FIRMA DEL SOLICITANTE *** | | Fecha |

Official use only

[] Income\$_____

[] Household size_____

[] Verify ID

[] Current water bill

[] amount eligible

