



Otro adulto en casa: _____

Fecha de hoy: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Devolver el formulario completado a: helphub@harrelsoncenter.org

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> no binario	Raza: <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Otro	Discapacitado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pendiente
Casado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Separado	Veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Empleador: _____
Situación actual de vivienda: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Sin Hogar (# años/meses _____)		
Miembros del Hogar: # Adultos _____ # Niños _____ Edades: _____, _____, _____, _____, _____, _____		
¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿de qué tipo? _____		
¿Qué problemas de salud tiene? _____		
¿Le gustaría reunirse con nuestro navegador de atención médica hoy o recibir una llamada de seguimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

¿Como se enteró del Help Hub? _____

¿Ha recibido asistencia financiera del Help Hub en los últimos 12 meses? Si / No

¿Está involucrado con otro socio del Harrelson Center? Si / No Socio: _____

¿Qué número del 1 al 100 describe su calidad de vida? (1-Sin calidad de vida/100-Calidad de vida perfecta) # _____

¿Cuál es su situación de emergencia? _____

Razón por Emergencia: _____

¿Está inscrito en el Programa Piloto de Oportunidades Saludables (HOP) _____

INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR		
	último mes	mes actual
Empleo	\$	
Compensación de Desempleo	\$	
Seguro por Incapacidad/ Ingresos de Seguro Social	\$	
Pensión	\$	
Estampillas de Comida	\$	
Medicare/Medicaid	\$	
Manutención de Niños	\$	
Programa Work First	\$	
Crédito tributario por hijos	\$	
Prestamos Escolares	\$	
Comprobación de utilidad	\$	
Subsidio de Vivienda/ Section 8	\$	
Reembolso de impuestos	\$	
Ingresos totales		

GASTOS MENSUALES DEL HOGAR			
	último mes	deber	pago
Renta / Hipoteca LL: _____	\$		
Electricidad # _____	\$		
Agua #: _____	\$		
Gas # _____	\$		
Comida	\$		
Médico	\$		
Cuidado Infantil	\$		
Teléfono	\$		
Internet / Cable	\$		
Pago de Carro	\$		
Transportación (gas, bus, Uber)	\$		
Seguro (coche, hogar, vida)	\$		
Tarjetas de crédito	\$		
Gastos totales			

Autorizo al Centro Harrelson a compartir mi información para buscar ayuda en nombre y usar mi nombre y / o foto para usarla en material promocional. Entiendo que esto no garantiza la financiación. Es posible que reciba una llamada de seguimiento del Centro de ayuda.

Compañía: _____ Fecha de Hoy: _____