

SERVICIOS HUMANOS-SOLICITUD DE SERVICIOS



FECHA DE HOY	CLIENTE PREVIO? (Y/N)	CHARITY TRACKER #	CONDUCTOR DE ENTREVISTA
	YesNo		

INFORMACION DEL CLIENTE

APELLIDOS		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
SOBRENOMBRE		ESTATUS MIGRATORIO		PAIS DE ORIGEN (SI NO ES E.U)	
SEXO/GENERO		PRONOMBRES		NUMERO DE LICENCIA	
FECHA DE NACIMIENTO		CABEZA DEL HOGAR? (SI/NO)		NUMERO SEGURO SOCIAL	
DIRECCION ACTUAL					
TIEMPO EN ESTA DRECCION?			DIRECCION ANTERIOR (SI MENOS DE UN AÑO)		
#TELF. CASA		#CELULAR/MOVIL		TELEFONO DEL TRABAJO	
CORREO ELECTRONICO			CONSENTIMIENTO PARA CONTACTAR (ENUMERE CADA UNO)		
RAZA	BLANCO	AFRO-AMERICANO	ASIATICO	AMERICAN O NATIVO	OTRO
HISPANO?	SI	NO			
ESTATUS MARITAL	SOLTERO/A	CASADO/A	DIVORCIADO/A	VIUDO/A	OTRO
NOMBRE CONYUGE			FECHA DE NACIMIENTO DE CONYUGUE		
DIRECCION DE CONYUGE (SI DIFERENTE DE LA SUYA)			EMPLEADOR DE CONYUGUE		
MIEMRO DEL HOGAR 1		FECHA DE NACIMIENTO		RELACION CON SOLICITANTE	
MIEMBRO DEL HOGAR 2		FECHA DE NACIMEINTO		RELACION CON SOLICITANTE	
MIEMBRO DEL HOGAR 3		FECHA DE NACIMIENTO		RELACION CON SOLICITANTE	
MIEMBRO DEL HOGAR 4		FECHA DE NACIMIENTO		RELACION CON SOLICITANTE	
MIEMBRO DEL HOGAR 5		FECHA DE NACIMIENTO		RELACION CON SOLICITANTE	
MIEBMBRO DEL HOGAR 6		FECHA DE NACIMIENTO		RELACION CON SOLICITANTE	
NOMBRE DE ARRENDATARIO			INFORMACION CONTACTO ARRENDATARIO		
CANTIDAD DE RENTA/HIPOTECA ADEUDADA			CANTIDAD DE RENTA/HIPOTECA MENSUAL		
RECIBIO NOTIFICACION DE DESALOJO?			FECHA DE DESALOJO?		
SEGURO DE INQUILINO? (Y/N)			FECHA DE CONDENACION		
CASO ABIERTO CON DCF?			TRABADOR/A DE DCF?		

NARRATIVA DEL CLIENTE

DESCRIBA LA SITUACION QUE ENFRENTA- CUALES SON SUS NECESIDADES? CUALES PASO TOMARA PARA REMEDIAR LA SITUACION?

INFORMACION DE UTILIDADES

CANTIDAD DE UTILIDADES ADEUDADA		CANTIDAD PROMEDIO DE FACTURA MENSUAL	
NOTIFICACION DE CORTE? (SI/NO)			
PLAN DE PAGO?		HA APLICADO PARA ENERGY ASSISTANCE?	
TIPO DE CALEFACCION			

INGRESO MENSUAL

GASTOS MENSUALES

CANTIDAD ADEUDADA

INGRESO DEL SOLICITANTE		RENTA/HIPOTECA		RENTA/HIPOTECA	
INGRESO MIEMBRO 1		UTILIDADES		UTILIDADES	
INGRESO MIEMBRO 2		COMIDA		COMIDA	
INGRESO MIEMBRO 3		ARTICULOS DEL HOGAR		ARTICULOS DEL HOGAR	
DESEMPLEO		TELEFONO		TELEFONO	
COMPENSACION LABORAL (POR LESIONES LABORALES)		WIFI/CABLE		WIFI/CABLE	
SEGURO SOCIAL (SSA/SSI/SSDI)		PRESTAMO DE AUTO		PRESTAMO DE AUTO	
EFFECTIVO DE DSS (SAGA CASH)		SEGURO DE AUTO		SEGURO DE AUTO	
SUPLEMENTO ESTATAL		GASOLINA/TRANSPORTACION		GASOLINA/TRANSPORTACION	
MANUTENCION DE NIÑOS (CHILD SUPPORT)		MANUTENCION DE NIÑOS (CHILD SUPPORT)		MANUTENCION DE NIÑOS (CHILD SUPPORT)	
EFFECTIVO PARA FAMILIAS (TFA/TANF)		CUIDO DE NIÑOS		CUIDO DE NIÑOS	
CUPONES DE ALIMENTOS		TARJETAS DE CREDITO		TARJETAS DE CREDITO	
WIC		SUSTANCIAS (LEGALES O ILEGALES)		SUSTANCIAS (LEGALES O ILEGALES)	
BENEFICIOS DE VETERANO		ENTRETENIMIENTO		OTROS GASTOS	
PENSION		CUIDADO PERSONAL		OTROS GASTOS	
OTRO		OTROS GASTOS		OTROS GASTOS	
INGRESO TOTAL		TOTAL DE GASTOS		CANTIDAD TOTAL ATRASADA	
REEMBOLSO DE TAXES:		CANTIDAD RESTANTE (INGRESOS-GASTOS)		CANTIDAD ADEUDADA (CANTIDAD RESTANTE - CANTIDAD ATRASADA)	

INFORMACION DE EMPLEADOR ACTUAL

EMPLEO ACTUAL			CARGO/POSICION		
DIRECCION DE EMPLEO			PAGA		
NIVEL EDUCATIVO	SECUNDARIA INCOMPLETA _____	DIPLOMA DE SECUNDARIA _____	CARRERA TECNICA _____	UNIVERSIDAD _____	OTRO _____
ESCUELA	_____				
VETERANO DE GUERRA EN E.U?			HISTORIAL DE ARRESTO? (SI/NO)		
SELECCIONE TODAS LAS QUE LE INTERESA	☐ BUSQUEDA DE EMPLEO	☐ ASISTENCIA CON CURRICULO DE VIDA	☐ PLANIFICACION DE CARRERA	☐ DESTREZAS DE ENTREVISTA	☐ CONECCIONES CON INDUSTRIA LABORAL
	☐ PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO	☐ TRANSPORTACION	☐ GASTOS EN RELACION CON EL EMPLEO	☐ ASISTENCIA CON RE-INGRESO A LA SOCIEDAD	OTRO _____
PROVEA DETALLES:					

HISTORIAL DE EMPLEO

<u>EMPLEO ANTERIOR 1</u>			POSICION		
FECHAS DE INICIO Y FIN DE EMPLEO		RAZON POR LA CUAL TERMINO EL EMPLEO		PAGA	
<u>EMPLEO ANTERIOR 2</u>			POSICION		
FECHAS DE INICIO Y FIN DE EMPLEO		RAZON POR LA CUAL TERMINO EL EMPLEO		PAGA	
<u>EMPLEO ANTERIOR 3</u>			POSICION		
FECHAS DE INICIO Y FIN DE EMPLEO		RAZON POR LA CUAL TERMINO EL EMPLEO		PAGA	
<u>EMPLEO ANTERIOR 4</u>			POSICION		
FECHAS DE INICIO Y FIN DE EMPLEO		RAZON POR LA CUAL TERMINO EL EMPLEO		PAGA	
DISPONIBILIDAD	☐ TIEMPO COMPLETO	☐ MEDIO TIEMPO	☐ DIAS	☐ NOCHES	☐ FINES DE SEMANA
BARRERAS PARA TRABAJAR	☐ NECESITA CURRICULUM	☐ NECESITA TRANSPORTACION	☐ NECESITA TELEFONO	☐ NECESITA CUIDO DE NIÑOS	☐ REGISTRADO EN CT HIRES?
OTRAS NOTAS					

INFORMACION MEDICA

ENUMERE LAS CONDICIONES MEDICAS DE LOS MIEBROS DEL HOGAR					
AREA DE MAYOR PREOCUPACION MEDICA	ABUSO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS	ADICCION AL JUEGO	SALUD MENTAL	SALUD CRONICA	OTRO
SEGURO MEDICO DE SALUD					
ENUMERE SUS SERVICIOS MEDICOS					
# DE RELCAMO DE MEDICARE					
# MEDICARE SUPLEMENTAL					
# + TIPO DE MSP					
NOMBRE & # DE MEDICO PRIMARIO					
NOMBRE Y RELACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA			NUMERO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO DE EMERGENCIA		

URGENCIA DE LA SITUACION (Califique del 1-5, siendo 5 el más crítico)	
TIENE TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS?	_____ Prueba de todo el ingreso del hogar por los últimos 30 días, incluyendo beneficios del estado, manutención de niños, retiro/pensión, ganancias de empleo, seguro social (SSA/SSDI/SSI) y beneficios de desempleo. _____ ID con foto de todos los adultos de 18 o más. _____ Tarjeta Seguro Social de todos los miembros. _____ Prueba de residencia legal de los Estados Unidos. <i>(cert. nacimiento, residencia permanente, pasaporte, cert. naturalización)</i> _____ Prueba de residencia de Norwich <i>(contrato de renta, recibos de renta, factura de hipoteca, carta de arrendatario)</i> _____ Historial de pago de renta (si requiere ayuda con renta) _____ Prueba de dificultad financiera <i>(ejemplo: carta de despido, factura de reparación de vehículo, etc.)</i> _____ Formulario de reembolso de taxes 1040 (si aplica) _____ Factura de NPU (si aplica) _____ Plan de pago de (si aplica) _____ Notificación de corte de servicios (si aplica)
ESTA ACTUALMENTE SIENDO REPRESENTADO POR UN ABOGADO?	

NOTAS ADICIONALES