

FORMULARIO DE ADMISIÓN

Información del Cliente					
Nombre (Nombre, Apellido):				Fecha:	
Dirección Actual:					
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Teléfono Casa:		Teléfono Trabajo:		Cellular:	
Correo Electrónico:		Fecha de Nacimiento:		Edad:	
Cornerstone no discrimina por motivos de raza, sexo, género, edad, capacidad lingüística y lengua, estado civil, discapacidad y cualquier otra característica protegida por la ley.					
Información Demográfica					
Raza/Etnia (Por favor marque el correspondiente):				Ciudadanía:	
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii /Islas del Pacífico		<input type="checkbox"/> Ciudadano estadounidense	
<input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano		<input type="checkbox"/> Blanco		<input type="checkbox"/> Elegible, no ciudadano	
<input type="checkbox"/> Hispano		<input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> No elegible, no ciudadano	
Género:		Veterano:		Discapacitado:	
<input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> Si	
<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> No	
Estado civil:			Nivel de Educación:		
<input type="checkbox"/> Soltero/Nunca Casado		<input type="checkbox"/> Separado		<input type="checkbox"/> Menos de Preparatoria	
<input type="checkbox"/> Casado		<input type="checkbox"/> Unión Libre		<input type="checkbox"/> Preparatoria/ GED	
<input type="checkbox"/> Divorciado		<input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Un poco de universidad/ Licenciatura	
		<input type="checkbox"/> Grado avanzado		<input type="checkbox"/> Otro _____	
Información del hogar					
Estado de Empleo:		Ingresos anuales:		Fuentes de ingresos:	
<input type="checkbox"/> Desempleo		<input type="checkbox"/> Trabajadores		<input type="checkbox"/> < \$10K	
<input type="checkbox"/> Medio Tiempo		<input type="checkbox"/> Retirado		<input type="checkbox"/> \$21K-\$25K	
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo		<input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> \$11K-\$15K	
		<input type="checkbox"/> \$16K-\$20K		<input type="checkbox"/> >\$26K+	
		<input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Manutención de los hijos	
				<input type="checkbox"/> Pensión / Veterano	
				<input type="checkbox"/> SSI/SSDI	
				<input type="checkbox"/> TANF	
				<input type="checkbox"/> Otro _____	
Estado de la vivienda:			Transporte:		Personas en el hogar::
<input type="checkbox"/> Dueño de casa		<input type="checkbox"/> Vivienda de transición		<input type="checkbox"/> Autobús <input type="checkbox"/> Peatón	
<input type="checkbox"/> Alquiler		<input type="checkbox"/> Sin Hogar		<input type="checkbox"/> Vehículo personal	
<input type="checkbox"/> ¿Te quedas con alguien?		<input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Viaje compartido	
				Niños (menos de 17): _____	
				Adultos: _____	
Indique TODAS las personas que viven actualmente en su hogar					
Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad	Género	Relación	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

Programas				
Clasifique su nivel actual de necesidad (círculo uno):				
1 No necesito ayuda	2	3 Recursos y referencias	4	5 Cualquiera y todos los servicios
¿Qué beneficios principales ha solicitado o participado (marque todo lo que corresponda)?				
<input type="checkbox"/> SSI/ SSDI	<input type="checkbox"/> JPS Connection	<input type="checkbox"/> Asistencia educativa	<input type="checkbox"/> TANF	<input type="checkbox"/> Medicaid
<input type="checkbox"/> Estampillas de comida	<input type="checkbox"/> Section 8 Housing	<input type="checkbox"/> Workers Comp.	<input type="checkbox"/> Texas Workforce	<input type="checkbox"/> ACA Marketplace
Ingresos recibidos de cualquier fuente en los últimos		Beneficios no monetarios recibidos en los últimos 30		
Fuente de ingreso :	Cantidad mensual :	Tipo de beneficios :	Cantidad mensual :	
Empleo :		Estampillas de comida		
Desempleo		Medicaid		
Seguridad Social		Medicare		
SSI/ SSDI		CHIP		
Beneficios de Veteranos		VA Medical services		
Worker's comp		Section 8, Public Housing		
Pensión alimenticia /		Other:		
TANF		¿Necesita documentos críticos?		
Otras fuentes :		<input type="checkbox"/> Licencia de conducir válida	<input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación válida	
Gastos mensuales :		<input type="checkbox"/> Tarjeta de seguro Social	<input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento	
Tipo:	Cantidad mensual :	<input type="checkbox"/> Residente permanente	<input type="checkbox"/> TDCJ/TCHC	
Renta/Préstamo hipotecario		¿Está usted buscando cualquiera de los siguientes		
Auto		Servicios de adicción :	<input type="checkbox"/> Si	
Utilidades: Eléctrico			<input type="checkbox"/> No	
Gas		Servicios de educación	<input type="checkbox"/> Clases de GED	
Agua		<input type="checkbox"/> Clases de computación	<input type="checkbox"/> Clases de ESL	
Teléfono		Recursos Espirituales :	<input type="checkbox"/> Biblia	
Otro:			<input type="checkbox"/> Oración	
Programa de reingreso				
<input type="checkbox"/> Condena por delito grave	<input type="checkbox"/> Caso abierto / pendiente	<input type="checkbox"/> Multas de tráfico/orden de arresto		
<input type="checkbox"/> Condena por delito menor	<input type="checkbox"/> Libertad condicional	<input type="checkbox"/> Casos civiles actuales		
Firma del cliente :				
Notes (Para uso administrativo):				
Entered into ESM by:			Date:	
Referring Individual/Organization:				

