

## BENEFITS 2 WORK FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Para proteger su identidad, toda su información personal es guardada y protegida usando el Cumplimiento de PII, el nivel mas alto de protección de data.

Fecha de Solucitud: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ MN \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Pronombres: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Reunirse a Través de Zoom  Empleado Ahora

Primer Lenguaje: \_\_\_\_\_

Tamaño de Familia: \_\_\_\_ Ingresos Anuales: \_\_\_\_\_

### Nombre de Contacto de Emergencia

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### ELIGIBILIDAD & BENEFICIOS

Residente de San Francisco

Edad 60+

Necesidad de Asesoramiento para Empleo ó Beneficios

Edad 18+ con Discapacidad

### ¿QUALES BENEFICIOS RECIBE ACTUALMENTS?

SSA

Vivienda

TANF/CalWORKS

Medi-Cal

SSI

VA Discapacidad

CAAP/Asistencia General

Otro: \_\_\_\_\_

SSDI

SNAP

Medicare

NADA

## TODA LA INFORMACIÓN BAJO ES VOLUNTARIA Y NO AFECTÁRA SUS BENEFICIOS

### ETHNICIDAD

Asiático, Asiáticoamericano

Hispano ó Latino

Negarse a Declarar

Negro/Afro-Americano

Blanco/Caucasio

Hawaiano/Otro Isleño de Pacifico

Otro: \_\_\_\_\_

### OTRA INFORMACIÓN Y CARACTERÍSTICAS PERSONALES

BIPOC/Persona de Color

Aislación Social

Discapacitado (con Documentación)

Ingresos Bajos

LGBTQ+

No pudo Encontrar Empleo

Proficiencia de Ingles Limitada

Bajas Perspectivas de Empleo

Bajas Habilidades de Alfabetización

Otro: \_\_\_\_\_



## BENEFITS 2 WORK FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

### SEVERE/DEBILITATING IMPAIRMENTS

#### ACTIVIDADES DIARIAS (2)

- Comer
- Vestir
- Bañar
- Limpiar/Arreglar
- Movilidad

- Servicios de Centro de Enfermería (1)

#### ACTIVIDADES INSTRUMENTARIAS (3)

- Preparar Comida
- Ir de Compras
- Tareas Domésticas
- Manejo de Dinero
- Usar el Teléfono

### ORIENTACIÓN SEXUAL Y GENERO DE IDENTIDAD

#### GENERO

- Femenina
- Masculino
- Transgenero
- Otro: \_\_\_\_\_
- Negarse a Declarar

#### ORIENTACIÓN SEXUAL

- Gay ó Homosexual
- Heterosexual
- Lesbiana
- Bisexual
- No Está Secure/ Negarse a Declarar

### EDUCACIÓN (seleccione el nivel mas alto)

- GED o Certificado Equivalente
- Diploma de Preparatoria
- Título Technico
- Grado Asociado
- Licencia(s): \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ años de universidad, sin título
- Licenciatura o equivalente
- Maestría
- Doctorado
- Otro: \_\_\_\_\_

### AGREEMENT

\_\_\_\_\_  
Nombre COMPLETO del solicitud (Por Favor Imprimir)

\_\_\_\_\_  
Fecha de Inscripción

\_\_\_\_\_  
Firma del Apicante

\_\_\_\_\_  
Fecha de Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre de Navegador (Por Favor Imprimir)

\_\_\_\_\_  
Firma de Navegador

\_\_\_\_\_  
Fecha de Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre de Director/Gerente de Program (Por Favor Imprimir)

\_\_\_\_\_  
Firma de Director/Gerente de Program

\_\_\_\_\_  
Fecha de Firma

Por favor email este formulario a [benefits@felton.org](mailto:benefits@felton.org)

#### Firmas Electrónicas

Una firma electrónica generalmente describe cualquier tipo de marca digital utilizada por una parte para vincularse o autenticar un registro. Al aceptar estos términos y escribir su nombre en el cuadro correspondiente, usted acepta estos términos de la misma manera que si firmara físicamente un documento. Entiendo que si intencionalmente proporciono información inexacta, se me puede dar de baja del Programa BeneFITS 2 Work y puedo estar sujeto a sanciones legales.

Este programa que brinda que brindan servicio a la comunidad está financiado por el Departamento de Servicios para Discapacidad y Personas de la Tercera Edad de la ciudad de San Francisco.