

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

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)

ORIENTACIÓN SEXUAL Y GENERO DE IDENTIDAD

GENERO

- Femenina
- Masculino
- Transgenero
- Otro: _____
- Negarse a Declarar

EDUCACIÓN (seleccione el nivel mas alto)

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

ACTIVIDADES INSTRUMENTARIAS (3)

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

ORIENTACIÓN SEXUAL

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

- _____ 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

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.