



**APPLICATION FOR SERVICES/ SOLICITUD PARA SERVICIOS**

Case # \_\_\_\_\_

Language Spoken at Home: \_\_\_\_\_  
(Idioma hablado en la casa)

Soc. Sec. # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(Numero de Seguro Social)

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

Sexo: \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ F  
Hombre Mujer

Last Name /Apellido: \_\_\_\_\_ First Name/ Nombre: \_\_\_\_\_ MI / Inicial: \_\_\_\_\_

Name (s) previouslu used/ Nombre(s) usado anteriormente: \_\_\_\_\_

Street/ Calle: \_\_\_\_\_ Apt. \_\_\_\_\_  
 City/Ciudad: \_\_\_\_\_ State/ Estado: \_\_\_\_\_ Zip Code/ Area Postal \_\_\_\_\_  
 Home Tel./ Tel. del Hogar: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Work or Cell # ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Numero del Trabajo o celular  
 Head of the Household/ Jefe del Hogar: \_\_\_\_\_

Were you born outside the USA? ¿Ha nacido fuera de los Estados Unidos? \_\_\_\_\_ YES/ SI \_\_\_\_\_ NO

Are you a US Citizen?/¿ Eres Ciudadano de los EEUU?: \_\_\_\_\_ YES/ Si \_\_\_\_\_ NO

Are you a Legal Permanent Resident of the US?/¿ Eres Residente Permanente de los EEUU?: \_\_\_\_\_ YES/ Si \_\_\_\_\_ NO

Years living in this country/ Anos en este País: \_\_\_\_\_ Are you a Veteran?/ Es usted Veterano? \_\_\_\_\_

**ETHNIC GROUP/ GRUPO ETNICO:**

\_\_\_\_\_ Central/ South American \_\_\_\_\_ Dominican \_\_\_\_\_ Mexican \_\_\_\_\_ Puerto Rican \_\_\_\_\_ Cuban  
 Centro o Sudamericano(a) Dominicano(a) Mexicano(a) Puertorriqueno(a) Cubano(a)  
 \_\_\_\_\_ African American \_\_\_\_\_ Asian/ Pacific American \_\_\_\_\_ Caucasian \_\_\_\_\_ Other  
 \*\*Country of Origin/ Pais de Origen: \_\_\_\_\_

**SOURCE OF INCOME/ INGRESO:**

\$ \_\_\_\_\_ Employment/ Trabajo (weekly or monthly) \$ \_\_\_\_\_ Unemployment/ Desempleo  
 \$ \_\_\_\_\_ Social Security/ Seguro Social \$ \_\_\_\_\_ SSI/ Disability  
 \$ \_\_\_\_\_ Pension \$ \_\_\_\_\_ Welfare  
 \$ \_\_\_\_\_ Other/ Otro: (Describe) \_\_\_\_\_  
 Receiving Food Stamps?/ ¿Recibes Estampillas de Alimentos? \_\_\_\_\_ YES/ SI \_\_\_\_\_ NO

**HEALTH INSURANCE:**

Do you have medical insurance?/ ¿Tienes Seguro Medico? \_\_\_\_\_ YES/ NO \_\_\_\_\_ Yes  
 Does your child(ren) have medical insurance? Si tienes ninos- estan ellos cubiertos con seguro medico? \_\_\_\_\_ NO  
 Do you have Medicaid?/ Tienes Medicaid? \_\_\_\_\_ YES/ SI \_\_\_\_\_ NO Medicare?: \_\_\_\_\_ YES/ SI \_\_\_\_\_ NO

**Do any of your children have the following?/ Algunos de sus hijos tienes algo de lo siguiente?**

\_\_\_\_\_ Asthma/ Asma \_\_\_\_\_ ADD/ ADHD \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Autism/ Asperger's Disease-Autismo  
 \_\_\_\_\_ Hearing Impairment/ \_\_\_\_\_ Speech Impairment/ \_\_\_\_\_ Physical or Mental Challenge/  
 Problemas de Audicion Problemas de Hablar Enfermedad Fisica o Mental  
 \_\_\_\_\_ Behavioral Concerns/ Problemas de Comportamiento

**SOURCE OF REFERRAL/ REFERIDO POR:**

<input type="checkbox"/> Court/ Corte	<input type="checkbox"/> Welfare	<input type="checkbox"/> Friend or Family/ Familia o Amigo	<input type="checkbox"/> School/ Escuela
<input type="checkbox"/> Church/ Iglesia	<input type="checkbox"/> Self/ Usted	<input type="checkbox"/> DYFS	<input type="checkbox"/> Other Soc. Services/ Otros Servicios Sociales
<input type="checkbox"/> Hospital or Physician/ Hospital o Doctor	<input type="checkbox"/> Website/ Pagina de Internet		
<input type="checkbox"/> Dept. of Corrections/ Dept. de Correccion	<input type="checkbox"/> Other/ Otros		

**EDUCATION/ EDUCACION:** Last Grade Completed/ Ultimo Grado Completado \_\_\_\_\_

Marital Status:  Single/ Soltero(a)  Married/ Casado(a)  
 Estado Civil:  Widowed/ Viudo(a)  Divorced/ Divorciado(a)  Separated/ Separado(a)

Name and date of birth of children who live in your home.  
 Nombre y fecha de nacimiento de sus hijos que viven en su hogar.

Other members in the household  
 Mencione otros miembros en su hogar

NAME/ NOMBRE	DOB/ FECHA DE NACIMIENTO
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____

NAME/ NOMBRE
_____
_____
_____
_____
_____

**TOTAL HOUSEHOLD/ TOTAL DE PERSONAS VIVIENDO EN SU HOGAR:** \_\_\_\_\_

Client's Signature/ Su Firma: \_\_\_\_\_ Date/ Fecha: \_\_\_\_\_

**DO NOT WRITE UNDER THIS LINE\*\*\*\*\*POR FAVOR DE NO ESCRIBIR DEBAJO DE ESTA LINEA**

---

Initial Service/Problem: \_\_\_\_\_

Caseworkers's Signature/ Firma de la Trabajadora: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_