



Catholic Charities
Hoja de Información

Prev. contact _____
Program _____
Type of Service _____
Worker _____
Adult # _____ Ch # _____

Nombre: _____ (Por favor escriba su nombre completo) Fecha: _____
apellido

Dirección: _____ Teléfonos (núm.) (s): _____

_____ (Zip) (Por favor indique uno) ITIN, SS (número del Seguro Social),
Número de licencia de manejar, u otro.

Condado: _____ No. de Identificación _____
(Escriba el numero en esta línea)

Empleo Empleador: _____ **Ingreso familiar: \$ _____** semanal / mensual / anual

¿En qué trabaja? _____ Empleo: Actual o última fecha que trabajó: _____

Estado familiar Raza/Origen Étnico: Asiática Blanca Hisp/Lat Negra (Indio) Ame- Nativo Otra _____
(favor de incluir todo lo que aplica)

País de Nacimiento: _____

Favor de incluir a todas las personas que viven con usted Inclúyase usted y los demás adultos.
(Nivel escolar, estado de salud, seguro médico necesidades especiales)

Nombre	Fecha de nacimiento /edad	Relación de parentesco	Otra información
1. Su nombre	M / F	Yo mismo	
2.	M / F		
3.	M / F		
4.	M / F		
5.	M / F		
6.	M / F		
7.	M / F		

¿Cuántos adultos viven en su casa? _____ ¿Cuántos niños viven en su casa? _____
(favor de circular todo lo que aplica)

¿Esta usted?: casado(a)/ nunca ha sido casado(a)/ soltero(a)/ divorciado(a)/ separado(a)/ viudo(a)/ concubino

¿Razón por la que ha venido? _____

¿Qué ha hecho usted para resolver estos asuntos? _____

¿Cómo supo de nosotros? ¿Quién lo refirió a CSM? _____

¿Ha hecho contacto con otras agencias? ¿Cuándo? ¿Resultado?

Nosotros servimos a personas de todas las religiones (Esta información es voluntaria y sólo se usa para informes. No será usada para nada más)

¿Cuál es su religión? (favor de circular una) católica/ otra denominación cristiana/ judía/ musulmana/ ninguna/ otra _____
Nombre de la iglesia (si asiste a alguna) _____

