

## SOLICITUD DE LA SDC

COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA EL/LOS PROGRAMA/S DE LA SOCIAL DEVELOPMENT COMMISSION (SDC).

Escriba en letra de imprenta usando tinta azul o negra.

### INFORMACIÓN SOBRE EL JEFE DE FAMILIA

Fecha de la solicitud:	Ubicación de la agencia:	SSN: *** - ** - ____
Nombre:	Apellido:	Segundo nombre:
Fecha de nacimiento:	Sexo:	

### INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL JEFE DE FAMILIA

Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Tipo de vivienda ( <i>Marque una opción</i> ): <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Alojamiento temporal <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Otra vivienda permanente <input type="checkbox"/> Otro: _____	Pago mensual \$ _____	¿Por cuánto tiempo ha estado viviendo en su domicilio? _____ meses _____ años.
Dirección de correo electrónico:		
Número de teléfono principal:	Número de teléfono secundario:	

### INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL JEFE DE FAMILIA

<b>¿Cuál es su estado civil?</b> ( <i>Seleccione una opción</i> ): <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo
<b>¿Cuál es su estado laboral?</b> ( <i>Seleccione una opción</i> ): (Individuos 18+)* <input type="checkbox"/> Empleado de tiempo completo <input type="checkbox"/> Desempleado (periodo largo, más de 6 meses) <input type="checkbox"/> Empleado de tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado (No en la fuerza laboral) <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola migrante temporal <input type="checkbox"/> Desempleado (periodo corto, 6 meses o menos) <input type="checkbox"/> Jubilado
<b>¿Tiene entre 14 y 24 años y no trabaja o asiste a la escuela?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>¿Tiene seguro de salud*:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Si la respuesta es afirmativa, identifique el tipo de seguro de salud:</b> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Programa Badger Care para niños <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Badger Care para adultos <input type="checkbox"/> Basado en el empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Atención Médica Militar
<b>Estado militar*</b> <input type="checkbox"/> Sin afiliación <input type="checkbox"/> Activo en la milicia <input type="checkbox"/> Veterano
<b>¿Cuál es su lengua materna?*</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Otro:
<b>¿Necesita adaptaciones especiales para recibir servicios en la SDC?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   Si la respuesta es afirmativa, infórmenos qué adaptaciones necesita: _____
<b>¿Necesita un intérprete*?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué idioma?: _____

## SOLICITUD DE LA SDC

COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA EL/LOS PROGRAMA/S DE LA SOCIAL DEVELOPMENT COMMISSION (SDC).

Escriba en letra de imprenta usando tinta azul o negra.

Si usted es padre o madre soltero/a, ¿le gustaría recibir información sobre los Servicios de Manutención Infantil\*?

Sí  No

Tamaño del grupo familiar\*:  Uno  Dos  Tres  Cuatro  Cinco  Seis o más

Seleccione el tipo de su familia\*

- Persona soltera  Dos adultos, sin niños  Madre soltera  
 Padre soltero  Familia constituida por padre y madre  Adultos sin parentesco con niños  
 Familia multigeneracional  Otro

### INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Enumere todos los miembros de la familia que viven o residen en el domicilio que se indicó anteriormente.

Nivel educativo\* (Escriba la letra en la categoría Educación para cada miembro de la familia)

- A. Grado de 0-8 (vocacional) B. 9-12/No graduado C. Graduado de la escuela secundaria o diploma de equivalencia  
D. 12+Algunos estudios postsecundarios E. Graduado de la universidad de 2 a 4 años F. Graduado de otra escuela postsecundaria

Raza\*\* (Escriba la letra en la categoría Raza para cada miembro de la familia)

- A. Nativo americano o nativo de Alaska B. Asiático C. Negro o afroamericano D. Nativo de Hawái o nativo de una isla del Pacífico E. Blanco  
F. Otro G. Multirracial (dos o más opciones anteriores)

Todos los miembros del grupo familiar	Vínculo	Fecha de nacimiento	Sexo Femenino o masculino	Discapacitado Sí o No	Nivel educativo*	Hispano o latino	Raza**
1.	Solicitante						
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							

\* Este número debe coincidir con la pregunta del tamaño del grupo familiar que se encuentra arriba de esta hoja.

Si es diferente del solicitante, indique aquí el nombre del cabeza de familia.

## SOLICITUD DE LA SDC

COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA EL/LOS PROGRAMA/S DE LA SOCIAL DEVELOPMENT COMMISSION (SDC).

Escriba en letra de imprenta usando tinta azul o negra.

### INFORMACIÓN DE INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR

**Instrucciones:** Complete las casillas de la parte inferior solo para las personas del grupo familiar **con ingresos**. Consulte la lista de fuentes de ingresos que se encuentra a continuación. Lo ayudará a escribir la letra que identifica la fuente de ingresos para la categoría llamada **Fuente de ingresos**. Escriba **una o todas las letras** que correspondan con la fuente de ingresos del miembro del grupo familiar. En otras palabras, incluya a **cualquier persona** que aporte ingresos en su hogar y cuánto gana.

1. Pensión alimenticia u otra manutención conyugal
2. Empleador
3. Manutención infantil
4. Pensión
5. Seguros privados por discapacidad
6. Ingresos de jubilación del Seguro Social
7. Empleo autónomo
8. Seguro por discapacidad del Seguro Social (SSDI)
9. Ingresos del Seguro Suplementario (SSI)
10. Desempleo
11. Seguro de desempleo
12. Discapacidad no relacionada con el servicio para veteranos
13. Compensación por discapacidad relacionada el servicio para veteranos
14. Wisconsin Works/W-2/TANF
15. Indemnización laboral
16. Otro

MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR	FUENTE DE INGRESOS <small>Anote las letras anteriores al lado de la persona que genera ingresos.</small>	EMPLEADOR NOMBRE Y DIRECCIÓN	INGRESO MENSUAL BRUTO
1.			
2.			
3.			
4.			

### BENEFICIOS

**Marque si recibe cualquiera de las siguientes opciones:**

- |                                                                          |                                                         |                                                              |                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Food Share (SNAP)                               | <input type="checkbox"/> Asistencia a la Energía-LIHEAP | <input type="checkbox"/> Vales para la Elección de Viviendas | <input type="checkbox"/> Vivienda Pública        |
| <input type="checkbox"/> Apoyo en la Vivienda Permanente                 | <input type="checkbox"/> HUD-VASH                       | <input type="checkbox"/> Vales para el Cuidado de niños      | <input type="checkbox"/> EITC- Créditos Fiscales |
| <input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley de Atención Médica Asequible |                                                         | <input type="checkbox"/> Otro: _____                         |                                                  |

CR- La Comisión de Desarrollo Social es un empleador y proveedor de servicios con igualdad de oportunidades. Las ayudas y servicios auxiliares están disponibles a pedido para personas con discapacidades. Si necesita que esta información se interprete en un idioma que entienda o en un formato diferente, comuníquese con La Toya Jones, Oficial de Igualdad de Oportunidades, al 414-906-2823 o ljones@cr-sdc.org. Las personas que llaman sordas o con problemas de audición o del habla pueden comunicarse con nosotros en el número de retransmisión 711 de Wisconsin

Revisado el 03/10/2021

## SOLICITUD DE LA SDC

**COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA EL/LOS PROGRAMA/S DE LA SOCIAL DEVELOPMENT COMMISSION (SDC).**

*Escriba en letra de imprenta usando tinta azul o negra.*

### DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN:

Mediante mi firma a continuación, certifico que la información provista aquí es verdadera y completa. Autorizo a la SDC a revisar esta información y a solicitar y recibir información para verificar la elegibilidad.

Firma del solicitante:

Fecha:

### **Reconocimiento de la información sobre la manutención infantil**

*Certifico que recibí la información sobre la manutención infantil y la información de contacto para los Servicios de Manutención Infantil del Condado de Milwaukee.*

Firma del solicitante:

Fecha:

### **¿Está interesado en alguna de las siguientes opciones?**

- |                                                                       |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Empeñamiento de pequeñas empresas            | <input type="checkbox"/> Preparación para la jubilación          |
| <input type="checkbox"/> Preparación para comprar una casa            | <input type="checkbox"/> Empleo                                  |
| <input type="checkbox"/> Prevención de la ejecución                   | <input type="checkbox"/> Asesoramiento sobre abuso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Reparación del crédito                       | <input type="checkbox"/> Asesoramiento sobre salud mental        |
| <input type="checkbox"/> Abrir una caja de ahorros o cuenta corriente | <input type="checkbox"/> Otros servicios no enumerados: _____    |

### Solo para uso de la SDC

Fecha: \_\_\_\_\_ Programa: \_\_\_\_\_ Empleado de la SDC: \_\_\_\_\_

Si se proporciona cualquier tipo de información, derivación o servicio. Describa el resultado a continuación: