| 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: | | | | | | Centro: | | | | |
| Nombre: | | | | | Segundo nombre: | | | | | | Apellido: | | | | |
| Fecha de nacimiento: | | | | | Sexo: | | | | | | | | | | |
| **INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL JEFE DE FAMILIA** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ciudad: | | | | | | | Estado: | | | | | Código postal: | | | |
| Tipo de vivienda *(Marque una opción)*:  Propia Alquilada Alojamiento temporal Sin hogar  Otra vivienda permanente 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Cuál es su estado civil?** *(Seleccione una opción)***:**  Divorciado Pareja doméstica Casado Separado Soltero Viudo | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Cuál es su estado laboral?** *(Seleccione una opción)***:**  (Individuos 18+)\*  ☐Empleado de tiempo completo ☐Desempleado (periodo largo, más de 6 meses)  ☐Empleado de tiempo parcial ☐Desempleado (No en la fuerza laboral)  ☐Trabajador agrícola migrante temporal ☐Desempleado (periodo corto, 6 meses o menos)  ☐Jubilado | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Tiene entre 14 y 24 años y no trabaja o asiste a la escuela?** ☐ Sí ☐No | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Tiene seguro de salud\*:** ☐ Sí ☐No  **Si la respuesta es afirmativa, identifique el tipo de seguro de salud:**  ☐ Ninguno ☐ Programa Badger Care para niños ☐ Compra directa  ☐ Medicare ☐ Badger Care para adultos ☐ Basado en el empleo  ☐ Medicaid ☐ Atención Médica Militar | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Estado militar\*** ☐ Sin afiliación ☐ Activo en la milicia ☐ Veterano | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Cuál es su lengua materna?\*** ☐ Inglés ☐ Español ☐Hmong ☐ Otro: | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Necesita adaptaciones especiales para recibir servicios en la SDC?**  ☐ Sí ☐No Si la respuesta es afirmativa, infórmenos qué adaptaciones necesita:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **¿Necesita un intérprete\*?** ☐ Sí ☐No. Si la respuesta es afirmativa, ¿en qué idioma?: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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\*\*** |
|  | **Solicitante** | |  |  | | | |  | |  | | |  | |  |
|  |  | |  |  | | | |  | |  | | |  | |  |
|  |  | |  |  | | | |  | |  | | |  | |  |
|  |  | |  |  | | | |  | |  | | |  | |  |
|  |  | |  |  | | | |  | |  | | |  | |  |
|  |  | |  |  | | | |  | |  | | |  | |  |
|  |  | |  |  | | | |  | |  | | |  | |  |
|  |  | |  |  | | | |  | |  | | |  | |  |
|  |  | |  |  | | | |  | |  | | |  | |  |
| **\* Este número debe coincidir con la pregunta del tamaño del grupo familiar que se encuentra arriba de esta hoja.** | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | **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**  Anote las letras anteriores al lado de la persona que genera ingresos. | | | | | **EMPLEADOR**  **NOMBRE Y DIRECCIÓN** | | | | | | | **INGRESO MENSUAL BRUTO** | |
|  | |  | | | | |  | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | | | | | | |  | |
| **BENEFICIOS** | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Marque si recibe cualquiera de las siguientes opciones:***  ☐Food Share (SNAP) ☐Asistencia a la Energía-LIHEAP ☐Vales para la Elección de Viviendas ☐Vivienda Pública  ☐Apoyo en la Vivienda Permanente ☐HUD-VASH ☐Vales para el Cuidado de niños ☐EITC- Créditos Fiscales  ☐Subsidio de la Ley de Atención Médica Asequible ☐Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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?*** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Emprendimiento de pequeñas empresas  Preparación para comprar una casa  Prevención de la ejecución  Reparación del crédito  Abrir una caja de ahorros o cuenta corriente | | | | | | Preparación para la jubilación  Empleo  Asesoramiento sobre abuso de sustancias  Asesoramiento sobre salud mental  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: | | | | | | | | | | | | | | | |