



PARTE VI. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO DEL HOGAR

Para incluir con: **SOLICITUD DE ASISTENCIA DE ALQUILER, HIPOTECA Y SERVICIOS PÚBLICOS**
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE MARICOPA

Por favor complete la siguiente sección, Parte VI. Información del miembro del hogar, para cada persona adicional que viva en el hogar. Entregue este formulario a su oficina local de CAP con el resto de su Solicitud de Asistencia de Alquiler, Hipoteca y Servicios Públicos de MCHSD completada.

PARTE VI. INFORMACION DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR Por favor a complete para cada individuo que vive en el hogar.			
PRIMER NOMBRE	APELLIDO	INICIAL DEL 2do NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
NUMERO DE TELEFONO		DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO	
RELACION CON EL SOLICITANTE		LENGUAJE PRIMARIO	
AUTO IDENTIFICACIÓN DE GÉNERO COMO Por favor marque 1 opción.			
<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Transgénera	<input type="checkbox"/> No Binario/No Conforme	<input type="checkbox"/> Prefiero describirme a mí mismo
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Transgénero	<input type="checkbox"/> No identificado con un genero	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar
Si selecciono "Prefiero describirme a mí mismo," por favor ingrese su respuesta: _____			
RAZA Y ETNICIDAD Por favor marque todas las que apliquen.			
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Medio oriente o África del Norte	<input type="checkbox"/> Blanco
<input type="checkbox"/> Hispano, Latino, o Español	<input type="checkbox"/> Pueblos Indígenas, Nativos Americanos, o Nativos de Alaska	<input type="checkbox"/> Otro Origen Étnico: _____	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacifico			
GRADO MAS ALTO COMPLETADO Por favor marque 1 opción.			
<input type="checkbox"/> Pre-Kínder	<input type="checkbox"/> Primero	<input type="checkbox"/> Tercero	<input type="checkbox"/> Quinto
<input type="checkbox"/> Kínder	<input type="checkbox"/> Segundo	<input type="checkbox"/> Cuarto	<input type="checkbox"/> Sexto
<input type="checkbox"/> Séptimo	<input type="checkbox"/> Noveno	<input type="checkbox"/> Undécimo	<input type="checkbox"/> Duodécimo
<input type="checkbox"/> Octavo	<input type="checkbox"/> Decimo		
NIVEL MAS ALTO DE CREDENCIAL/POSTSECUNDARIO COMPLETADO Por favor marque 1 opción.			
<input type="checkbox"/> Ninguno Completado	<input type="checkbox"/> Diploma de Preparatoria	<input type="checkbox"/> Título Técnico/Vocacional	<input type="checkbox"/> Título Profesional
<input type="checkbox"/> Desarrollo Educativo General (GED-por sus siglas en ingles)	<input type="checkbox"/> Mas de 1 año de educación postsecundaria	<input type="checkbox"/> Grado Asociado	<input type="checkbox"/> Doctorado
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Maestría		
ESTADO LABORAL Por favor marque 1 opción.			
<input type="checkbox"/> Estudiante sin empleo	<input type="checkbox"/> Empleado a través de trabajo ocasional/por contrato	<input type="checkbox"/> Desempleado y buscando trabajo	<input type="checkbox"/> Desempleado y sin buscar trabajo
<input type="checkbox"/> Estudiante con empleo de medio tiempo	<input type="checkbox"/> Empleado de medio tiempo	<input type="checkbox"/> Retirado	
<input type="checkbox"/> Estudiante con empleo de tiempo completo	<input type="checkbox"/> Empleado de tiempo completo		
<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Suspendido		



VIVE CON UNA DISCAPACIDAD		ACTUALMENTE EMBARAZADA		SEGURO MEDICO		
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
SEGURO MEDICO Por favor marque todas las que apliquen.						
<input type="checkbox"/> AHCCCS	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> COBRA	<input type="checkbox"/> Compra Directa			
<input type="checkbox"/> ALTCS	<input type="checkbox"/> SCHIP	<input type="checkbox"/> Proporcionado por el Empleador	<input type="checkbox"/> Desconocido			
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Servicios Médicos de VA	<input type="checkbox"/> Seguro Médico Estatal para Adultos	<input type="checkbox"/> Otro			
<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Servicios de Salud para Indígenas	<input type="checkbox"/> Atención Medica Militar				
ACTUALMENTE VIVE EN EL HOGAR		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			