

*Esta información es confidencial y se utiliza únicamente con fines de evaluación y financiación del programa. Su nombre y otros datos de identificación no serán divulgados, y esta información no se utilizará para discriminar su participación en nuestro programa.*

\*Inserte el nombre del programa aquí - parte de The Family Collective



**FORMULARIO DE INGRESO**

**Apellido (jefe de familia):** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** Cel./Hgar. \_\_\_\_\_ **Trab.** \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_

**Miembros de la familia** (incluido usted)

<b>Apellidos y Nombres</b> (anotar el parentesco con el jefe de familia)	<b>Raza</b> (con la que se autoidentifica cada familiar)	<b>Etnia</b> (con la que se identifica cada familiar)	<b>Género</b> (con el que se autoidentifica cada familiar)	<b>¿Incapacidad de larga duración?</b> (página 3)	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Número de Seguridad Social</b>
	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/ Afroamericana <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/ Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Amerindia/Nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> Hispana/Latina <input type="checkbox"/> No hispana/No latina	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero (M a F) <input type="checkbox"/> Transgénero (F a M) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Declina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/ Afroamericana <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/ Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Amerindia/Nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> Hispana/Latina <input type="checkbox"/> No hispana/No latina	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero (M a F) <input type="checkbox"/> Transgénero (F a M) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Declina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/ Afroamericana <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/ Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Amerindia/Nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> Hispana/Latina <input type="checkbox"/> No hispana/No latina	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero (M a F) <input type="checkbox"/> Transgénero (F a M) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Declina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/ Afroamericana <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/ Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Amerindia/Nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> Hispana/Latina <input type="checkbox"/> No hispana/No latina	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero (M a F) <input type="checkbox"/> Transgénero (F a M) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Declina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/ Afroamericana <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/ Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Amerindia/Nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> Hispana/Latina <input type="checkbox"/> No hispana/No latina	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero (M a F) <input type="checkbox"/> Transgénero (F a M) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Declina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/ Afroamericana <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/ Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Amerindia/Nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> Hispana/Latina <input type="checkbox"/> No hispana/No latina	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero (M a F) <input type="checkbox"/> Transgénero (F a M) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Declina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

*Esta información es confidencial y se utiliza únicamente con fines de evaluación y financiación del programa. Su nombre y otros datos de identificación no serán divulgados, y esta información no se utilizará para discriminar su participación en nuestro programa.*

### **Requisitos de ingresos**

*\*La verificación de los ingresos debe estar archivada según lo requerido por el DHS (Departamento de Seguridad Nacional de los Estados Unidos) y el United Way of Greater Nashville. Por favor, cargue esta verificación en su base de datos.*

- En o por debajo del 185% del nivel de pobreza federal (los ingresos se verifican)
- Entre el 185% y el 250% del nivel de pobreza federal, pero es elegible debido a una o más de las siguientes condiciones:
- Sin hogar: en un centro de acogida, en un vehículo, en la calle, en casa de familiares o amigos, en un motel u hotel, o en un lugar no apto para la vida humana.
  - En riesgo de quedarse sin hogar: con un retraso de diez (10) días o más en el pago del alquiler/hipoteca o de los servicios públicos; en riesgo de desahucio/ejecución hipotecaria; desempleado, subempleado o en situación de pérdida de empleo; y/o en acceso al Sistema Coordinado de Entrada (CES) debido a una crisis de vivienda.

*\*Las directrices del FPL (Nivel de Pobreza Estatal) se enumeran al final de este formulario de ingreso. Si su cliente no tiene ingresos, rellene y cargue el formulario de Certificación de Cero Ingresos en su base de datos.*

### **Historial educativo de los niños**

Nombres de los niños de la familia	Situación del cuidado de los niños (seleccione una)	Nivel de estudios actual en el momento del ingreso (Prejardín de infancia - 12)
	<input type="checkbox"/> Socio del centro de aprendizaje temprano de TFC (introduzca el nombre del centro) <input type="checkbox"/> Otros servicios de guardería (introduzca el nombre del centro) <input type="checkbox"/> Sin servicios de guardería <b>Centro:</b>	
	<input type="checkbox"/> Socio del centro de aprendizaje temprano de TFC (introduzca el nombre del centro) <input type="checkbox"/> Otros servicios de guardería (introduzca el nombre del centro) <input type="checkbox"/> Sin servicios de guardería <b>Centro:</b>	
	<input type="checkbox"/> Socio del centro de aprendizaje temprano de TFC (introduzca el nombre del centro) <input type="checkbox"/> Otros servicios de guardería (introduzca el nombre del centro) <input type="checkbox"/> Sin servicios de guardería <b>Centro:</b>	
	<input type="checkbox"/> Socio del centro de aprendizaje temprano de TFC (introduzca el nombre del centro) <input type="checkbox"/> Otros servicios de guardería (introduzca el nombre del centro) <input type="checkbox"/> Sin servicios de guardería <b>Centro:</b>	

### **Historial educativo de los adultos**

Claves de los tipos de educación: #1. Aún no ha obtenido diploma de secundaria/GED; #2. Posee diploma de secundaria/GED completa o asiste a clases de ELL/ESL; #3. Posee certificado de formación profesional; #4. Programa postsecundario de 2 años (título de asociado); #5. Programa postsecundario de 4 años (licenciatura); #6. Programa postsecundario de maestría; #7. Programa postsecundario de doctorado

Nombres de los adultos de la familia	Nombre de establecimiento educativo	Fecha de inscripción	Fecha de finalización	Tipo de educación (introduzca los # según las claves señaladas arriba)

*Esta información es confidencial y se utiliza únicamente con fines de evaluación y financiación del programa. Su nombre y otros datos de identificación no serán divulgados, y esta información no se utilizará para discriminar su participación en nuestro programa.*

**Empleo actual**

Empleador	Fecha de inicio	Ocupación/cargo desempeñado	Cantidad de horas de trabajo	Salarios (elija por hora o por mes e introduzca el importe en dólares)
				<input type="checkbox"/> Dólares por hora <input type="checkbox"/> Dólares al mes
				<input type="checkbox"/> Dólares por hora <input type="checkbox"/> Dólares al mes

**Información sobre la vivienda**

Dirección actual: \_\_\_\_\_

¿En qué fecha se mudó a esta dirección? \_\_\_\_\_

Monto del Alquiler: \_\_\_\_\_

¿Ha sido víctima/sobreviviente de violencia doméstica? (elija una)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿fue...? (elija una)	<input type="checkbox"/> En los últimos meses <input type="checkbox"/> En los últimos 3-6 meses <input type="checkbox"/> En los últimos 6-12 meses <input type="checkbox"/> Hace más de un año	

**Información de contacto en caso de emergencia**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

*Esta información es confidencial y se utiliza únicamente con fines de evaluación y financiación del programa. Su nombre y otros datos de identificación no serán divulgados, y esta información no se utilizará para discriminar su participación en nuestro programa.*

**Información de salud**

*Esta sección se utiliza principalmente para las familias que son ingresadas en el Sistema de Información de Gestión de Personas sin Hogar (HMIS). Si su cliente NO va a ingresar al HMIS, esta sección no es necesaria. Aun así, puede introducir cualquiera de estos datos según corresponda, pero no serán necesarios en el sistema para continuar.*

¿Tiene algún problema médico que pueda afectar su capacidad para mantener un trabajo? En caso afirmativo, explique:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Su familia está conectada a un proveedor de servicios médicos? Si es así, ¿dónde?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Hay algún miembro de su familia, incluido usted, que reciba actualmente prestaciones por discapacidad (Ingreso Suplementario de Seguridad, SSI/Seguro de Discapacidad de la Seguridad Social, SSDI)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

¿Hay alguien en su familia que tenga una discapacidad de larga duración? En caso afirmativo, ¿de qué tipo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Indique los miembros de la familia que reciben TennCare así como las fechas de inicio y finalización.		
Indique los miembros de la familia que reciben otro tipo de seguro y el tipo.		
Indique los miembros de la familia que reciben Medicare.		
Indique los miembros de la familia que no tienen seguro.		
¿Ha experimentado la falta de hogar en el pasado? En caso afirmativo, indique cuántas veces, cuándo y durante cuánto tiempo.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha recibido usted o alguien de su familia servicios de asesoramiento o gestión de casos? En caso afirmativo, ¿qué proveedores? Indique si estos servicios están en curso.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**Cláusula de verificación de la información del solicitante:**

Por la presente verifico que toda la información anterior es válida y exacta a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier información retenida o errónea podría afectar mi aceptación en el programa y es motivo de terminación inmediata de este si se descubre posteriormente que hay información retenida o incorrecta.

X  
 \_\_\_\_\_  
 Firma del participante

Fecha \_\_\_\_\_

X  
 \_\_\_\_\_  
 Firma del agente

Fecha \_\_\_\_\_

*Nota: Pautas Federales de Pobreza 2021 en la página siguiente.*

*Esta información es confidencial y se utiliza únicamente con fines de evaluación y financiación del programa. Su nombre y otros datos de identificación no serán divulgados, y esta información no se utilizará para discriminar su participación en nuestro programa.*

**Pautas Federales de Pobreza 2021:**

185%

<u>Personas en la familia/hogar</u>	<u>Ingreso bruto mensual</u>	<u>Ingreso bruto anual</u>
2	\$2,686	\$32,227
3	\$3,386	\$40,626
4	\$4,085	\$49,025
5	\$4,785	\$57,424
6	\$5,485	\$65,823
7	\$6,185	\$74,222
8	\$6,885	\$82,621

250%

<b><u>Personas en la familia/hogar</u></b>	<b><u>Ingreso bruto mensual</u></b>	<b><u>Ingreso bruto anual</u></b>
2	\$3,629	\$43,550
3	\$4,575	\$54,900
4	\$5,521	\$66,250
5	\$6,467	\$77,600
6	\$7,413	\$88,950
7	\$8,358	\$100,300
8	\$9,304	\$111,650