



FECHA: / / 2021

Solo se requiere una membresía por hogar

Tarjeta #

Apellido:

Nombre:

Dirección:  Apt#

Ciudad:  Estado:  Código Postal

Condado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento:    Tel#

**Correo electrónico:**

**Raza:** Africano-Americano Blanco Haitiano Asiático Nativo- Americano Otro

**Etnicidad:** Hispano No-Hispano

Número de personas en el hogar: 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Número de niños en el hogar: 1 2 3 4 5 6 7 8 9

(Círcule uno) Empleado Decsempleado Retirado Discapacitado Desamparado

Todos los ingresos del núcleo familiar \*Requerido\*

Empleo	Mensual \$	<input type="text"/>
Seguro Social	Mensual \$	<input type="text"/>
SSI / SSDI	Mensual \$	<input type="text"/>
Manutención de menores	Mensual \$	<input type="text"/>
Desempleo	Mensual \$	<input type="text"/>
Subsidio SNAP	Mensual \$	<input type="text"/>
<b>Total de ingresos del hogar *</b>	<b>\$</b>	<input type="text"/>

**Veterano** Sí o no

Por favor tenga una foto IDENTIFICACIÓN Listo

**Identificación emitida por el gobierno** Sí o No

Casado Soltero Divorciado Viudo Separado

Certifico que soy elegible según los estándares de United Against Poverty, Inc. (UP) para recibir servicios. La elegibilidad está determinada por la tabla de elegibilidad de ingresos publicada en el mostrador de bienvenida. Esta tabla es para determinar que estoy viviendo en o por debajo del 200% del nivel de pobreza. Por la presente verifico que la información proporcionada es correcta y que actualmente vivo en la dirección que ingresé anteriormente. Doy permiso a UP para compartir esta información con otras agencias con el único propósito de atender mejor mis necesidades durante dos años a partir de la fecha de esta solicitud.

Signature X  Date:

UAP Staff Signature : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_