

**Solicitud de Participación en la Clase HACIA ADELANTE**  
UN PROGRAMA DE MINISTERIOS Y CLÍNICAS CRISTIANAS COOPERATIVAS

*Las clases de Hacia Adelante ayudan a las personas a pasar de la inestabilidad financiera y personal a un futuro más esperanzador al examinar 11 recursos y desarrollar un plan para avanzar con éxito. Hay 14 clases semanales de 2 horas y media de duración, una vez por semana. Las clases se imparten en distintas épocas del año y en diferentes lugares. Una vez que recibamos esta solicitud, el Coordinador de Avance de CCMC se comunicará con usted para asignarle una clase específica. Es necesario asistir a todas las clases para graduarse. Se ofrecen comidas y una tarjeta de regalo al final de cada clase. Para más información, contacte a Julie Hart, jmhart@ccmchs.org o llame al 501-318-1153, extensión 303.*

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Nombre del Esposo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono (celular) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

**Género:**       Femenina     Masculino

**Empleo:**

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_

Título de Trabajo: \_\_\_\_\_

Tiempo completa       Medio tiempo

**Educación**

Grado más alto terminado:       1-6     7-8     9     10     11     12

**Ingresos**

Por favor marque todo tipo de ingresos:

Salarios       SNAP       SSI       Desempleo

**Transportación**

Tiene un vehículo que funcione?       Si     No

**Comprueba con qué tienes problemas:**

- Empleo
- Aislamiento
- Transporte
- Alojamiento
- Entrenamiento/Educación
- Alcohol/drogas
- Presupuesto
- Costos de cuidado infantil
- Legal
- Costos de atención médica
- Crianza de los hijos
- Salud mental

**Yo certifico que lo siguiente es verdad (marque):**

- Yo no recibo asistencia de discapacidad o quiero descontinuar recibiendo asistencia de discapacidad.
- Yo no estoy en crisis mayor (adicción de alcohol/droga o enfermedad mental sin tratar, situación de violencia doméstica, sin hogar); crisis mayor he sido estabilizada.
- Yo doy permiso para que el personal de CCMC hable con la persona que me refirió sobre mi situación de vida, virtudes y barreras.
- Yo estoy dispuesto a trabajar para ser auto-suficiente; e independiente de asistencia pública.
- Yo estoy dispuesto a participar en una entrevista con el personal de CCMC.
- Yo estoy dispuesto a participar en un curso de entrenamiento de 14-16 semanas.  
(Aproximadamente 2.5 horas, un día a la semana)

- Si     No    Tengo cuenta de cheques  
 Si     No    Tengo trabajo  
 Si     No    Tengo cuenta de ahorros  
 Si     No    Tengo vivienda estable  
 Si     No    Tengo transporte confiable

Clasifica tu nivel de esperanza sobre la vida en general (1 mas bajo – 10 mas alto)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Entiendo que harán una verificación de antecedentes para propósitos informacionales, pero no necesariamente me descalificará para participar.

---

Firma

---

Fecha

Yo doy permiso para que CCMC utilizar una foto mia o mia con mi clase si es necesario.

---

Firma

---

Fecha

Esta aplicación no garantiza que será aceptado. Gracias por su interés y por tomar el tiempo de llenar esta aplicación.

Por favor regrese la aplicación a:

Julie Hart  
Cooperative Christian Ministries and Clinic  
133 Arbor St.  
Hot Springs, AR 71901  
(501)318-1153 x303  
jmhart@ccmchs.org

Para uso de oficina nada más:

Fecha recibido: \_\_\_\_\_

Entrevista programada para:

\_\_\_\_\_