

Solicitud de Participación en la Clase HACIA ADELANTE



Nombre _____ Fecha de hoy _____

Nombre del Esposo _____

Dirección _____

Ciudad, Estado Código Postal _____

Teléfono (celular) _____ Fecha de nacimiento _____

Correo Electrónico _____

Por favor liste TODOS los nombres de los adultos en el hogar: _____

Por favor liste los nombres y edades de sus hijos:

Nombre _____ Edad _____ Nombre _____ Edad _____

Nombre _____ Edad _____ Nombre _____ Edad _____

Nombre _____ Edad _____ Nombre _____ Edad _____

Viven sus hijos con usted? Si No Si no, donde viven? _____

Tiene derecho de visitarlos? Si No Hay otros niños en su hogar? _____

Empleo

Lugar de empleo: _____

Título de Trabajo: _____

de tiempo completa

de media tiempo

Educación

Grado más alto terminado: 1-6 7-8 9 10 11 12
 Assoc. BA/BS Masters

Ingresos

Por favor marque todos tipos de ingresos:

Salarios SNAP SSI Desempleo

Transportación

Tiene un vehículo que funcione? Si No

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 en el banco 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 (1mas bajo – 10 mas alto)
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Firma

Fecha

Yo doy permiso para que CCMC utilizar una foto mía o mía 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:
Starla Bleifus
Cooperative Christian Ministries and Clinic
133 Arbor St.
Hot Springs, AR 71901
(501)318-1153 x303
sbleifus@ccmchs.org

Para uso de oficina nada más:

Fecha recibido: _____

Entrevista programada para:
