



Nombre: _____
POR FAVOR IMPRIMA

Numero de Telefono/Tipo: _____

Condado: _____ Email: _____
POR FAVOR IMPRIMA

Dirección: _____
POR FAVOR IMPRIMA

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Liste los programas/servicios de TRI-CAP que recibió ala par del condado donde los recibió.
Dubois
Pike
Warrick
Vanderburgh
Otros (liste programa y condado)

Códigos de Seguros de Salud
a.) Medicaid
b.) Medicare
c.) Programa Estatal de Seguro Médico para Niños
d.) Seguro de Salud Estatal Para Adultos
e.) Cuidado de la Salud Militar
f.) Directo -Compra
g.) Por Empleo
h.) Desconocido / No reportado

Por favor, indique el condado en que VIVE:



NOTA: Es importante completar TODA la información solicitada en **AMBOS LADOS** para recopilar datos sobre su hogar y poder atender mejor las necesidades de nuestros clientes. Gracias

Sección A: Códigos de Raza
a.) Indio Americano o Nativo de Alaska
b.) Asiática
c.) Negro o afroamericanos
d.) Nativo de las Islas del Pacífico de Hawai u otras
e.) Blanca
f.) Otros
g.) Multi-Race (dos o más de los anteriores)
h.) Desconocido / No Informado

Sección C: Códigos de Nivel Educativo Completadas
a.) Grados a 0 - 8
b.) Grados 9 - 12 no graduado
c.) Graduado de Secundaria/ GED
d.) 12+ algo de educación postsecundaria
e.) 2 o 4 años graduada de la universidad
f.) 2 o 4 años Graduada Universitaria
g.) Desconocido / No reportado

Sección E: Estado de Trabajo (personas mayores de 18 años)
a.) Empleado tiempo completo
b.) Empleados a tiempo parcial
c.) Migrante y Temporal Trabajador de granja
d.) Desempleado (a corto plazo, 6 meses o más)
e.) Desempleado (a largo plazo, más de 6 meses)
f.) desempleado (No en la Fuerza de Trabajo)
g.) Retirado/Jubilado
h.) Desconocido / No Reportado

Sección B: Códigos de Etnicidad
a.) origen hispano, latino o español
b.) No es de origen hispano, latino o español
c.) Desconocido / No Informado

Sección D: Juventud Desconectada
Jóvenes entre edades de 14 - 24 años quienes no trabajan o estudian

***** Proporcione la siguiente información sobre TODAS las personas que viven en su hogar. Utilice las secciones A a E para completar las secciones siguientes:*****

***LLENE TODOS los espacios por completo. Si necesita más líneas para los miembros del hogar, solicite otro formulario o coloque la información en el reverso de este formulario.											Secciones					Empleador	\$ Ingreso Anual
Relacion a Usted	Apellido	Nombre de pila	S.I	Sexo M / F	Los últimos 4 Digits del Seguro Social	Fecha de Nacimiento (MM / DD / AA)	Edad	Militar Activo/ Veterano/ Desconocido (A - V - D)	Código de Seguros de Salud	Discapacitado S/ N	A Raza	B Etnicidad	C Código de Nivel de Educación Completado	D Jóvenes desconectados (S / N)	E Estado de Trabajo (Individuos de 18 +años)		
CLIENTE QUE RECIBE SERVICIO					XXX-XX -	/ /											
MIEMBROS DEL HOGAR					XXX-XX -	/ /											
					XXX-XX -	/ /											
					XXX-XX -	/ /											
					XXX-XX -	/ /											
					XXX-XX -	/ /											
					XXX-XX -	/ /											
					XXX-XX -	/ /											
					XXX-XX -	/ /											
				XXX-XX -	/ /											INGRESOS TOTAL	

TRI-CAP está solicitando la información anterior para fines estadísticos según lo requiera nuestro financiamiento de subvenciones.

Los servicios sociales se proporcionarán independientemente de la raza, la edad, el origen étnico, las religiones, el género, la religión y el sexo. discapacidad, origen nacional o ascendencia.

Entiendo esto y acepto compartir la información de mi hogar con TRI-CAP para cualquier solicitud estadística requerida por subvención o para una encuesta trianual de evaluación de necesidades comunitarias requerida por subvención.

Firma del Cabeza del Hogar: _____
POR FAVOR IMPRIMA

Fecha: _____

Nombre TRI-CAP Empleado _____
POR FAVOR IMPRIMA

LADO 2 - Información Sobre el Hogar -

Marque todos los que apliquen a su hogar

Tipo de Hogar:

a.)	Soltero(a)	
b.)	Dos Adultos SIN Hijos	
c.)	Madre Soltera (mujer)	
d.)	Padre Soltero (varón)	
e.)	Hogar Con Dos Padres	
f.)	Adultos NO Relacionados Con Niños	
g.)	Hogar Multi-generacional	
h.)	Otro	
i.)	Desconocido / No Reportado	

Tamaño Familiar

b.)	Dos	
c.)	Tres	
d.)	Cuatro	
e.)	Cinco	
f.)	Seis o más	
g.)	Desconocido/No reportado	

Vivienda:

a.)	Dueño de casa	
b.)	Alquilar	
c.)	Otro Vivienda Permanente	
d.)	Sin Hogar	
e.)	Otro	
f.)	Desconocido / No Reportado	

Nivel de Ingreso Total del Hogar:

a.)	Hasta 50%	
b.)	51% a 75%	
c.)	76% a 100%	
d.)	101% a 125%	
e.)	126% a 150%	
f.)	151% a 175%	
g.)	176% a 200%	
h.)	201% a 250%	
i.)	250% y más de	
j.)	Desconocido / No Reportado	

Fuentes de Ingresos Del Hogar:

a.)	Ingresos Procedentes Del Empleo SOLAMENTE	
b.)	Ingresos Procedentes Del Empleo y Otra Fuente de Ingreso	
c.)	Ingresos Procedentes Del Empleo, Otra Fuente de Ingreso, y Beneficios no Monetarios	
d.)	Ingresos Procedentes Del Empleo, y Beneficios no Monetarios	
e.)	Unicamente otras Fuentes de Ingresos	
f.)	Unicamente otras Fuentes de Ingresos y Beneficios no Monetarios	
g.)	Sin Ingresos	
h.)	Unicamente Beneficios no Monetarios	
i.)	Desconocido /No Reportado	

Otra Fuente de Ingreso:

a.)	TANF	
b.)	(SSI) Ingreso de Seguridad Suplementario	
c.)	(SSDI) Ingresos por discapacidad del Seguro Social	
d.)	VA Servicio Conectado de Pensión Discapacidad	
e.)	VA Servicio No Conectado de Pensión Discapacidad	
f.)	Seguro de Incapacidad Privada	
g.)	Compensación del Trabajador	
h.)	Jubilación del Seguro Social	
i.)	Pensión	
j.)	Manutención de los Hijos (recibir o pagar)	
k.)	Pensión Alimenticia o Manutención del Cónyuge	
l.)	Seguro de Desempleo	
m.)	EITC	
n.)	Otro	
o.)	Desconocido / No Reportado	

Beneficios No Monetarios:

a.)	SNAP	
b.)	WIC	
c.)	LIHEAP	
d.)	Vale de Selección de Vivienda	
e.)	Vivienda Pública	
f.)	Vivienda de Apoyo Permanente	
g.)	HUD - VASH	
h.)	Bono de Guardería	
i.)	Ley de Atención Médica Asequible (Affordable Care Act)	
j.)	Otro	
k.)	Desconocido / No Reportado	

REVISADO 01/01/2026