

Formulario de Inscripción

Dirección Actual: _____ Marque lo que corresponda: refugio sin hogar vivienda pública otro: _____
 {Número, calle, y número de apartamento}

_____ Teléfono: _____ Indique la mejor hora para comunicarse con usted: _____
 {Ciudad, Estado y Código Postal} Casa Celular

¿Desde cuándo vive en el Condado de Fairfax? _____ ¿Habla usted inglés? Si No Si su respuesta es no, por favor escribir su idioma: _____

Por favor, escriba *su nombre* primero en la lista. Luego escriba el de su esposa (o) e hijos **que viven en su dirección actual**. Continúe en otro papel de ser necesario.

Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Género	Número de Seguro Social	Ciudadanía/ Estatus Migratorio	Embarazada
	Aplicante			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

¿Está usted o algún miembro de su familia en el país con un permiso temporal o VISA? Si No Si su respuesta es si, escriba el/los nombre/s: _____

¿Es alguna de las personas arriba indicadas elegible o miembro de algún seguro de salud de grupo, o privado, o algún seguro médico patrocinado por un trabajo, o a través de los Beneficios de Virginia o de un progenitor que no vive en el hogar? Si No Si su respuesta es si, por favor escriba debajo el nombre de la persona/s y del seguro
 Nombre/s: _____ Seguro: _____

¿Es algún miembro de la familia estudiante de la universidad (collage)? Si No Si su respuesta es si, por favor escriba debajo el nombre de la persona/s:

¿Viven otras personas en esta dirección? Si No Si su respuesta es si, escriba abajo el/los nombre/s y **marque** con este símbolo (✓) el tipo de relación.

Nombre/s _____ Compañeros de vivienda Pariente Dueño/a de casa Otro _____

Nombre/s _____ Compañeros de vivienda Pariente Dueño/a de casa Otro _____

Por favor indique cualquier dinero recibido por algún miembro de la familia, mayor de 18 años. Incluya dinero por trabajo, empleo por su cuenta, negocio propio, jornalero, manutención de niños, y beneficios de discapacidad, retiro, o desempleo, etc. (Se considera trabajo actividades tales como cuidado de niños, aseo de casas y venta de comida, etc)

¿Quién recibe este dinero?	Cantidad antes de las deducciones	Fuente de Ingreso (nombre de la compañía/empleador, desempleo, empleo por su cuenta, manutención de niños, etc)	Frecuencia (diaria, semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual)
_____	\$ _____	_____	_____
_____	\$ _____	_____	_____

¿Esta algún miembro de la familia recibiendo Asistencia General (*General Relief*)? Si No ¿Ha algún miembro actualmente aplicado para *General Relief*? Si No

¿Algún miembro de la familia ha perdido recientemente alguna fuente de ingresos como un trabajo o algún beneficio? Si No
 Si su respuesta es si, escriba el nombre de la persona: _____ Fecha de pérdida del ingreso: _____

¿Ha sido usted o alguno de sus niños declarado como dependiente en los impuestos de alguien más? Si No
 Si su respuesta es si, escriba el nombre de esa persona: _____

¿Ha hecho usted su declaración de impuestos del año pasado? Si No ¿Es Ud. dueño de más de una propiedad? Si No

¿Tiene alguien en la familia algún bien activo como: cuentas de cheques o de ahorro, dinero en la bolsa de valores, cuentas de retiro, acciones, certificados de depósitos, etc.? Si No

Si su respuesta es si, anote el tipo de bien y la cantidad: _____

Gastos	Cantidad	Contribuciones recibidas para cubrir gastos
Renta <input type="checkbox"/> Hipoteca <input type="checkbox"/> Cero Gasto de Renta <input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="checkbox"/> Recibo la cantidad de \$ _____ por mes de familiares o amigos para poder cubrir mis gastos mensuales.
Liste sus gastos mensuales: _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Estoy siendo mantenido completamente por familiares o amigos y no tengo gastos mensuales. (Por favor indique el nombre y la relación de las personas que lo mantienen). Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Yo entiendo que para recibir servicios de la Red Comunitaria de Salud y del Cuidado Médico para Niños, debo no ser elegible para otros programas de seguros médicos, debo ser residente del Condado de Fairfax y que debo cumplir con los requisitos y límites de ingreso. Yo entiendo y estoy de acuerdo en reportar cambios de dirección, ingreso, aumento o disminución de los familiares, o cobertura médica a la oficina de matrículas dentro de los **DIEZ** (10) días del cambio. Yo autorizo al Departamento de Servicios de Familia a obtener cualquier verificación necesaria para revisar y establecer mi elegibilidad para asistencia médica incluyendo información de agencias estatales y federales. Firmando este documento yo certifico que he leído la información arriba indicada y estoy de acuerdo con todas las condiciones y términos. También estoy de acuerdo en que toda la información dada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender.

Yo autorizo (nombre) _____ y/o (organización) _____ al teléfono _____ celular _____ a contestar cualquier pregunta acerca de la información indicada en esta aplicación o a recibir cualquier información sobre el estado de mi inscripción.

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor use esta página para anotar miembros adicionales de su familia.

<i>Nombre</i>	<i>Relación</i>	<i>Fecha de Nacimiento</i>	<i>Lugar de Nacimiento</i>	<i>Género</i>	<i>Número de Seguro Social</i>	<i>Ciudadanía/ Estatus Migratorio</i>	<i>Nombre de la Escuela/ Universidad</i>	<i>Embarazada</i>
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	Grado:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	Grado:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	Grado:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	Grado:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	Grado:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	Grado:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	Grado:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	Grado:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	Grado:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	Grado:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	Grado:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Ciudadano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Otro	Grado:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

¿Está usted o algún miembro de su familia en el país con un permiso temporal o VISA? Si No Si su respuesta es si, escriba el/los nombre/s: _____

¿Es alguna de las personas arriba indicadas elegible o miembro de algún seguro de salud grupal, o privado patrocinado por un trabajo, o a través de los Beneficios de Virginia o de un

progenitor que no vive en el hogar? Si No Si su respuesta es si, por favor escriba debajo el nombre de la persona/s y del seguro

Nombre/s: _____ Seguro: _____

Nombre/s: _____ Seguro: _____