



# ICM Información de Cliente

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

ICM Representante: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Dombre de Soltera: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Numero de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Últimos 4 de SSN: \_\_\_\_ DL o ID #: \_\_\_\_\_ ID Estado Emisor o País: \_\_\_\_\_

# personas en el hogar: \_\_\_\_\_

Desde que fecha vive en este domicilio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tipo de residencia: Apartamento / Casa / Casa móvil

Condado: (circundar) Harris / Galveston

Domicilio: \_\_\_\_\_

Numero y Nombre de Calle Apt #

Cuidad

Estado

Codigo Postal

Nombre del dueño de apartamentos: \_\_\_\_\_

Teléfono del Propietario #: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

(circundar) Yo arriendo / Hipoteca

El residente es Sección 8? Sí o No

Ingreso Anual: (a partir de hoy) \$ \_\_\_\_\_

Empleado Actual: \_\_\_\_\_

Vehículo (modelo, año, dueño): \_\_\_\_\_

Discapacitado? Sí o No

Empleado? Sí o No

Habla Inglés? Sí o No

Género: (circundar)	Masculino	Femenino	Hombre Transgénero	Mujer Transgénero	
	Variante de Género		Otro	Prefiero no responder	
Estado Civil: (circundar)	Soltera	Casada	Apartada		
	Divorciada	Viuda/o	Compañera/o o Unión libre		
Etnicidad:	Hispana/o	No Hispana/o			
Raza: (circundar)	Negro o Afroamericano	Asiático o Asiático Americano	Nativo de Hawai o Otra Isleña del Pacífico	Blanco o Caucásico	
	Pueblos Indígenas o Nativo Americano	Medio Oriente o África del Norte	Multirracial (2 o más razas) (por favor especifica)	Otro (por favor especifica):	
Veterano de los USA?	No. Soy un civil.	Sí, activo	Sí, veterana/o o retirado	No especificado	
Educacion Compilida: (circundar)	Menos de grado 12	Graduado de la Escuela Secundaria	GED	Graduada de Secundaria en Mexico	Grado Tecnico. / Avanzado
	Alguna Educación Superior	Educación Técnica	Licenciatura	Algunos Estudios de Posgrado	Título de Posgrado
Seguro: (circundar)	Médico? Sí o No		de Coche? Sí o No	de Casa? Sí o No	

Continuar por el otro lado →

## Hogar de los Miembros Information

---

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Últimos 4 de SSN: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
(ver la primera página para opciones)

DL o ID # & Estado Emisor o País: \_\_\_\_\_ Habla Inglés? Sí o No

Etnia: (circundar) Hispano/a o Non-Hispanic El Grado / Educación Completada: \_\_\_\_\_ Discapacitado? Sí o No  
(ver la primera página para opciones)

Raza: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Veterano de USA? No (civil) / Activo / Veterana / Retirado / No especificado  
(ver la primera página para opciones) (ver la primera página para opciones)

---

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Últimos 4 de SSN: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

DL o ID # & Estado Emisor o País: \_\_\_\_\_

Etnia: (circundar) Hispano/a o Non-Hispanic El Grado / Educación Completada: \_\_\_\_\_ Discapacitado? Sí o No

Raza: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Veterano de USA? No (civil) / Activo / Veterana / Retirado / No especificado

---

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Últimos 4 de SSN: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

DL o ID # & Estado Emisor o País: \_\_\_\_\_ Habla Inglés? Sí o No

Etnia: (circundar) Hispano/a o Non-Hispanic El Grado / Educación Completada: \_\_\_\_\_ Discapacitado? Sí o No

Raza: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Veterano de USA? No (civil) / Activo / Veterana / Retirado / No especificado

---

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Últimos 4 de SSN: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

DL o ID # & Estado Emisor o País: \_\_\_\_\_ Habla Inglés? Sí o No

Etnia: (circundar) Hispano/a o Non-Hispanic El Grado / Educación Completada: \_\_\_\_\_ Discapacitado? Sí o No

Raza: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Veterano de USA? No (civil) / Activo / Veterana / Retirado / No especificado

---

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Últimos 4 de SSN: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

DL o ID # & Estado Emisor o País: \_\_\_\_\_ Habla Inglés? Sí o No

Etnia: (circundar) Hispano/a o Non-Hispanic El Grado / Educación Completada: \_\_\_\_\_ Discapacitado? Sí o No

Raza: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Veterano de USA? No (civil) / Activo / Veterana / Retirado / No especificado

---

Si tiene más miembros en su hogar, solicite otro hoja para continuar incluyéndolos.

Cliente: \_\_\_\_\_

## Historial de Empleo

(Informar el empleo de todos los adultos en el hogar)

Cliente: \_\_\_\_\_

Empleado Actual: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Fecha de Inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Salario por hora: \$ \_\_\_\_\_ Hrs Promedio a la Semana: \_\_\_\_\_

Empleado Anterior: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Último día Trabajado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Salario por hora: \$ \_\_\_\_\_ Hrs Promedio a la Semana: \_\_\_\_\_

Otra Miembro del Hogar: \_\_\_\_\_ Relation to Client: (circundar) Spouse / Roommate / Family

Empleado Actual: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Fecha de Inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Salario por hora: \$ \_\_\_\_\_ Hrs Promedio a la Semana: \_\_\_\_\_

Empleado Anterior: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Último día Trabajado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Último día Trabajado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Otra Miembro del Hogar: \_\_\_\_\_ Relation to Client: (circundar) Spouse / Roommate / Family

Empleado Actual: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Fecha de Inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de Inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Empleado Anterior: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Último día Trabajado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Último día Trabajado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Otra Miembro del Hogar: \_\_\_\_\_ Relation to Client: (circundar) Spouse / Roommate / Family

Empleado Actual: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Fecha de Inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de Inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Empleado Anterior: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Último día Trabajado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Último día Trabajado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Si necesita más espacio para incluir a otros adultos en su hogar, solicite otra hoja.

Cliente: \_\_\_\_\_

## Finanzas Mensuales del Hogar

### Ingreso

Salario Mensual del Cliente (en bruto): \$ \_\_\_\_\_

Salario de Otro Miembro del Hogar: \$ \_\_\_\_\_

Salario de Otro Miembro del Hogar: \$ \_\_\_\_\_

TANF: \$ \_\_\_\_\_

Seguro Social: \$ \_\_\_\_\_

SSI (Seguro Suplementario): \$ \_\_\_\_\_

Disability: \$ \_\_\_\_\_

Desempleo: \$ \_\_\_\_\_

Manutención Niños: \$ \_\_\_\_\_

Retiro: \$ \_\_\_\_\_

Compensación de Trabajo: \$ \_\_\_\_\_

Beneficios de VA: \$ \_\_\_\_\_

Apoyo Familiar: \$ \_\_\_\_\_

Beneficios de Sobreviviente: \$ \_\_\_\_\_

Estampillas de Comida / SNAP? Sí o No

Estampillas de Comida: \$ \_\_\_\_\_

Medicaid? Sí o No

Medicare? Sí o No

Otro Ingreso: \$ \_\_\_\_\_

Otro Ingreso: \$ \_\_\_\_\_

**INGRESO MENSUAL TOTAL: \$ \_\_\_\_\_**

### Gastos

Renta o Hipoteca: \$ \_\_\_\_\_

Water/Agua: \$ \_\_\_\_\_

Electricidad: \$ \_\_\_\_\_

Gas: \$ \_\_\_\_\_

Phones (Cel y / o Casa): \$ \_\_\_\_\_

Cable / Satellite TV: \$ \_\_\_\_\_

Internet: \$ \_\_\_\_\_

Seguro de Vivienda: \$ \_\_\_\_\_

Pago de Automóvil: \$ \_\_\_\_\_

Seguro de Automóvil: \$ \_\_\_\_\_

Gasolina (para vehiculo): \$ \_\_\_\_\_

Médicos (paqados por usted): \$ \_\_\_\_\_

Seguro Privado: \$ \_\_\_\_\_

Comida (después de los beneficios SNAP): \$ \_\_\_\_\_

Cuidado Personal: \$ \_\_\_\_\_

Guardería: \$ \_\_\_\_\_

Manutención de Niños: \$ \_\_\_\_\_

Tarjetas de Crédito / Préstamos: \$ \_\_\_\_\_

Otro: (especificar) \_\_\_\_\_

Otro: (especificar) \_\_\_\_\_

**GASTOS MENSUALES TOTALES: \$ \_\_\_\_\_**

Mi firma a verifica que toda la información que di en este aplicacion es cierta.

Entiendo que si doy información falsa, se me puede pedir que reembolse los fondos y / o pierda cualquier compromiso y mi derecho a buscar más ayuda en Interfaith Caring Ministries.

Autorizo a Interfaith Caring Ministries a recopilar y / o divulgar información sobre mí y los miembros de mi familia.

Firma: \_\_\_\_\_

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