

Metropolitan Family Service (MFS) – “SUN”
Matricula Para Adultos
Gresham High School 2016 – 2017



INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre: _____ **Apellido:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Teléfono de casa: _____ **Teléfono de trabajo:** _____ **Celular:** _____

Email: _____ **Sexo:** Masculino Femenino **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____

Raza/Origen (Seleccione las respuestas que apliquen):

- Africano Asiático Negra/Africano Americana Latino/Hispano Medio Oriente Nativo Americano/Nativo de Alaska
- Nativo de Hawái o de Isla del Pacífico Esclavo/Europeo Oriental Blanca Declinar Respuesta

Idioma principal que se habla en el hogar: Inglés Español Ruso Cantones Mandarín Coreano
 Árabe Hmong Vietnamés Otro: _____

Idioma(s) que se habla en casa: _____

¿Tiene niños en la escuela Gresham High School? Sí No **Si indicó que si, por favor de escribir el nombre de su estudiante(s) y el grado:**

Nombre y Apellido: _____ Grado: _____

Nombre y Apellido: _____ Grado: _____

Nombre y Apellido: _____ Grado: _____

CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ **Parentesco:** _____ **Numero de Tel.:** _____

Nombre: _____ **Parentesco:** _____ **Numero de Tel.:** _____

FOTOGRAFÍA/MANUALIDADES/USO DE INTERNET

Fotos pueden ser tomadas de los participantes y utilizadas en materiales educativos y promocionales, que pueden ser en forma de impresa, en el internet o en vídeo/audio.

¿Es posible que el programa SUN tome fotos de usted y las use para los propósitos mencionados?

Sí No

ACUERDO DE PARTICIPACIÓN

Yo, declaro y libero a Metropolitan Family Service (MFS), sus empleados y agentes, de la culpabilidad de un o de todos los reclamos de heridas personales. Entiendo que Metropolitan Family Service no ofrece seguro médico para ningún participante en los programas ofrecidos.

Firma Del Participante: _____ **Fecha:** _____

Este permiso es efectivo desde 0
 SUN Adult Registration Form SPANISH, Updated 6/22/16

SUN Office Use Only	
Date Received: _____	Staff Initials: _____
Data Entry Date: _____	Staff Initials: _____

Fecha: _____

Encuesta de recursos para la Familia



Tenga en cuenta: MFS solicita esta información para aprender más sobre las necesidades de nuestra comunidad y entender mejor cómo mejorar nuestro servicio a los clientes. Esta información también ayuda a MFS a desarrollar más fondos y recursos para servir a nuestra comunidad. No utilizaremos esta información para determinar su elegibilidad para nuestros programas. No compartiremos su información personal con nadie sin su permiso.

Nombre del Padre: _____ Apellido del Padre: _____

Fecha de Nacimiento (M/D/A): _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Apt #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Estado de Vivienda: Renta Propietario de una Casa Vivir con amigos / familia (largo plazo) Sin hogar
 Vivir con amigos/familia (temporal) Viviendo en un refugio No listado: _____

¿Cuánto tiempo hace que vive en esta dirección? • Menos de 1 mes • 1-3 meses • 4-6 meses • 6-12 meses
 1-2 años 3-4 años 5-6 años 7-10 años 10+ años

Número de personas en su hogar: Edad (s) 0-5: _____ 6-17: _____ Mayores de 18: _____
Total número de personas = _____

Composición del hogar: Persona individual Dos o más adultos, no niños Dos padres con niños
 Familia Adoptiva Parentesco familiar Abuelos crían a sus nietos Padre/madre soltero/a con hijos • Otros: _____
¿Qué idiomas se hablan en su casa?: _____ ¿quieres un intérprete Sí No
¿En qué idioma quieres que hablemos con usted?: _____
¿En qué idioma prefiere en letra? _____

Mayor Nivel de Educación: Algunos estudios Hasta Grado 8 Algo de escuela secundaria
 Escuela Secundaria Diploma / GED Formación profesional Algo de Colegio Comunitario
 Graduado de Colegio Comunitario Algo de la universidad
 Graduado de Universidad/Colegio Algo de posterior secundaria Secundaria posterior

Estado de Empleo: • Empleado: tiempo completo Empleado: tiempo Parcial Bajo empleado Desempleado:
Buscando Desempleado: No Buscando Retirado: no sigue trabajando
 No puede trabajar No elegible para trabajar

¿Tiene seguro médico?: Sí No
Sí, es su seguro: Privado OHP Otros: _____

Por favor ayude a MFS a identificar las necesidades en nuestra comunidad:

¿Recibe asistencia pública? *Marque todo lo aplicable*
 SNAP TANF WIC Seguridad Social / Discapacidad Otros: _____

Por favor calcule su ingreso familiar en una de las siguientes maneras:
 Ingresos anuales: \$ _____ Ingreso mensual: \$ _____ Ingreso semanal: \$ _____
 Ingresos de temporada: \$ _____

Consiguió sus impuestos gratis? Sí No ¿Accedió al crédito por ingreso del trabajo? Sí No
¿Tiene una cuenta bancaria? Sí No ¿Ahorra regularmente? Sí No
¿Tiene necesidades de educación financiera? Sí No

Hay alguien en su hogar que tiene un problema de salud crónica o condición social? Elija todas las que apliquen
 Depresión Ansiedad Adicción Asma Diabetes EPOC Demencia
 Aislamiento Otro problema de salud: _____ Prefiero no contestar