

HCCAA BASIC INTAKE FOR TDHCA PROGRAMS

Date _____

Prepared by _____

NAME: _____ EMAIL: _____

MAIL ADDRESS: _____ STREET ADDRESS (if different from mailing): _____

City _____ Zip _____ County _____ PHONE: _____ Home _____ Work _____

HOUSEHOLD INFORMATION		SEE NOTES BELOW FOR CODES							Type of insurance for each applicant:			List employer name, TANF, SSI, Social Security, VA, SNAP, retirement, unemployment, etc.		
List all persons living in household.		Sex M / F	Date of Birth	Age	Race	Ethnicity Hispanic Non-Hispanic	Household Members 14-24 yrs: Not working or in school?	Level of Education for Individuals Over 24 yr	Medicare Medicaid Private pay Military Employer State Adult/Child None	Disabled Yes / No	Veteran Yes / No	US Citizen Yes / No	INCOME SOURCE	TOTAL 30 DAYS GROSS INCOME
Name	SSN													

Total gross income for 30 days immediately prior to application date. \$ _____

Total number in household: _____ ****Attach income documentation.** If documentation is not possible, a Declaration of Income Statement must be completed and notarized.
 Someone in this household is a family member of an HCCAA employee: YES / NO

CHECK ALL BOXES THAT DESCRIBE HH INCOME			
No Income		Child Support	
TANF		Unemployment	
SSI		Employment Only	
Social Security		Employ. + any above	
Pension		Other	

HOUSEHOLD TYPE			
Single parent/female		Single person	
Single parent/male		2 adults no child(ren)	
Two parent HH		Other	
Grandparent(s) & grandchildren			

OTHER CHARACTERISTICS		HOUSING	
Food Stamps		Own/buying	
Farmer		Rent	
Migrant farmworker		Homeless	
Seasonal Farmworker		Other	

I certify that the information provided on this application is true and correct to the best of my knowledge and belief.
APPLICANT'S SIGNATURE: _____ **DATE:** _____

NOTICE: The approval of this application is not a guarantee of services.

COMPLETE THIS SECTION ONLY FOR CSBG TRACKING PURPOSES (If applicant is applying for Weatherization or Energy Assistance, attach appropriate Application Pages). Describe the current household situation relevant to seeking assistance and agency plan of action. List assistance provided on Monthly Client Services Record.

RACE: B=Black, H=Hispanic, NA=Native American, A=Asian, W=White, M=Multi-Race, O=Other

ETHNICITY: H=Hispanic or Latino, N=Non-Hispanic

EDUCATION: Highest grade completed for adults 24 years and older – A=0-8, B=9-12, C=HS Grad/GED, D=12+, E=2 or 4 year college graduate

HCCAA BASIC INTAKE FOR TDHCA PROGRAMS

Fecha _____ Site _____ Prepared by _____

NOMBRE: _____ EMAIL: _____

Apellido _____ Primero _____ Inicial del segundo _____

DIRRECCION DE CORREO: _____ DIRECCIÓN (si difiere de la DIRECCIÓN de correo): _____

TELÉFONO: _____

Ciudad _____ Código Postal _____ Condado de _____ Casa _____ Trabajo _____

INFORMACIÓN HOGAR		VER NOTAS A CONTINUACIÓN PARA LOS CÓDIGOS DE							Casa			Trabajo		
Lista de todas las personas que viven en casa.								Tipo de seguro para cada solicitante:				Nombre de empleador de lista, TANF, SSI, Social Security, VA, jubilación, desempleo, etcétera.		
Nombre	Número de Seguro de Estados Unidos	Sexo H or M	Fecha de nacimiento	Edad	Raza	Origen étnico Hispanic Non-Hispanic	Miembros del hogar 14-24 años: No funciona o en la escuela	Nivel de educación para individuos durante 24 años	Medicare Medicaid Pago privado Militar Empleador Estado Adulto/ Niño Nada	Minusválidos o discapacitados sí o no	Estados Unidos veterano sí o no	Ciudadano de los Estados Unidos sí o no	FUENTE DE INGRESOS	INGRESOS BRUTOS DE 30 DÍAS TOTALES

Número total de hogares: _____ Ingreso bruto total por 30 días antes de la fecha de solicitud (no incluye manutención) \$ _____
 Alguien en este hogar es un miembro de la familia de un HCCAA empleado: Si / No **** Adjuntar la documentación de ingresos. Si la documentación no es posible, una declaración de renta debe completada y notariada.**

MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE DESCRIBEN INGRESOS			
Sin ingresos		Manutención de menores	
TANF		Desempleo	
SSI		Empleo sólo	
Social Security		Empleo y por encima de cualquier	
Pensión		Otros	

TIPO DOMÉSTICO			
Madre soltera, mujer		Sola persona	
Monoparentales, hombre		2 adultos sin hijos	
Hogar de dos padres		Otros	
Abuelos y nietos			

OTRAS CARACTERÍSTICAS		DE LA VIVIENDA	
Cupones de alimentos		Propia o compra	
Granjero		Alquiler	
Trabajadores agrícolas migrantes		Personas sin hoga	
Trabajadores agrícolas de temporada		Otros	

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a la mejor de mi conocimiento y creencia. **FIRMA DEL SOLICITANTE:** _____ **FECHA:** _____

AVISO: La aprobación de esta solicitud no es una garantía de servicios.

COMPLETE THIS SECTION ONLY FOR CSBG TRACKING PURPOSES (If applicant is applying for Weatherization or Energy Assistance, attach appropriate Application Pages). Describe the current household situation relevant to seeking assistance and agency plan of action. List assistance provided on Monthly Client Services Record.

RACE: B=Negro, H=Hispanico, NA= Nativos Americanos, A=Asian, W=Blanca, M=Raza Multi, O=Otros **ORIGEN ÉTNICO:** H=Hispanico or Latino, N=Non-Hispanico
EDUCACIÓN: Grado más alto completado para adultos 24 años y mayor – A=0-8, B=9-12, C=HS Grad/GED, D=12+, E=2 or 4 Graduado de la Universidad del año