

## Solicitud de Participación en la Clase HACIA ADELANTE



Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Nombre del Esposo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono (celular) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Por favor liste TODOS los nombres de los adultos en el hogar: \_\_\_\_\_

Por favor liste los nombres y edades de sus hijos:

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_      Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_      Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_      Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Viven sus hijos con usted?     Si     No    Si no, donde viven? \_\_\_\_\_

Tiene derecho de visitarlos?     Si     No    Hay otros niños en su hogar? \_\_\_\_\_

### Empleo

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_

Título de Trabajo: \_\_\_\_\_

de tiempo completa

de media tiempo

### Educación

Grado más alto terminado:  1-6  7-8  9  10  11  12  
 Assoc.  BA/BS  Masters

### Ingresos

Por favor marque todos tipos de ingresos:

Salarios  SNAP  SSI  Desempleo

### Transportación

Tiene un vehículo que funcione?  Si  No

**Yo certifico que lo siguiente es verdad (marque):**

- Yo no recibo asistencia de discapacidad o quiero descontinuar recibiendo asistencia de discapacidad.
- Yo no estoy en crisis mayor (adicción de alcohol/droga o enfermedad mental sin tratar, situación de violencia doméstica, sin hogar); crisis mayor he sido estabilizada.
- Yo doy permiso para que el personal de CCMC hable con la persona que me refirió sobre mi situación de vida, virtudes y barreras.
- Yo estoy dispuesto a trabajar para ser auto-suficiente; e independiente de asistencia pública.
- Yo estoy dispuesto a participar en una entrevista con el personal de CCMC.
- Yo estoy dispuesto a participar en un curso de entrenamiento de 14-16 semanas.  
(Aproximadamente 2.5 horas, un día a la semana)

Si  No Tengo cuenta en el banco de cheques

Si  No Tengo trabajo

Si  No Tengo cuenta de ahorros

Si  No Tengo vivienda estable

Si  No Tengo transporte confiable

Clasifica tu nivel de esperanza sobre la vida en general (1mas bajo – 10 mas alto)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Entiendo que harán una verificación de antecedentes para propósitos informativos, pero no necesariamente me descalificará para participar.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Yo doy permiso para que CCMC utilizar una foto mía o mía con mi clase si es necesario.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Esta aplicación no garantiza que será aceptado. Gracias por su interés y por tomar el tiempo de llenar esta aplicación.

Por favor regrese la aplicación a:  
Starla Bleifus  
Cooperative Christian Ministries and Clinic  
133 Arbor St.  
Hot Springs, AR 71901  
(501)318-1153 x303  
sbleifus@ccmchs.org

Para uso de oficina nada más:

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

Entrevista programada para:

\_\_\_\_\_