

Anchor HW1040
 PTR NJ Save

Formulario de encuesta de admisión de clientes 2024



INFORMACION DEL CONTRIBUYENTE PRINCIPAL

Su nombre debe ser igual al de su ITIN/Número de Seguridad Social o su pasaporte

Nombre: _____ **Segundo nombre:** _____ **Apellido:** _____ **Género (Circule):** F M Indeterminado
Dirección Postal: _____
Ciudad: _____ **Estado:** NJ **Código Postal:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Correo electrónico (Escriba "ninguno" si no tiene): _____
Teléfono móvil: _____ **Teléfono Alternativo:** _____
Estado Civil (Circule uno): Soltero Separado/Divorciado Casado Viudo Unión Libre
Lenguaje de preferencia (Circule uno): INGLÉS ESPAÑOL ARABE POLACO MANDARIN OTRO: _____
¿Es usted trabajador por temporada? (Circule uno): SI NO
¿Es usted veterano? (Circule uno) SI NO
Raza/Etnicidad (Circule uno): Blanco Negro o Afroamericano Hispano Medio Oriente Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Varias Etnias
Nativo de Hawái o de otra isla en el pacífico
CIRCULE cuál es el nivel mas alto de educación que USTED haya completado:
 Menos de preparatoria Diploma de preparatoria/GED Programa Técnico/Certificación Algo de Universidad Diplomado Licenciatura Maestría Doctorado
¿Qué tipo de cobertura de salud tiene? (CIRCULE todo lo que aplique): Ninguna Asistencia del Hospital (Charity Care/Tarjeta Amarilla) Medicaid Medicare Privado

INFORMACION DEL SEGUNDO CONTRIBUYENTE

Nombre: _____ **Segundo nombre:** _____ **Apellido:** _____ **Género (Circule):** F M Indeterminado
Fecha de Nacimiento: _____ **Correo Electrónico (Escriba "ninguno" si no tiene):** _____
Teléfono móvil: _____ **Teléfono Alternativo:** _____
Lenguaje de preferencia (Circule uno): INGLÉS ESPAÑOL ARABE POLACO MANDARIN OTRO: _____
¿Es usted trabajador por temporada? (CIRCULE UNO): SI NO
¿Es usted veterano? (Circule uno) SI NO
Raza/Etnicidad (Circule uno): Blanco Negro o Afroamericano Hispano Medio Oriente Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Varias Etnias
Nativo de Hawái o de otra isla en el pacífico
CIRCULE cuál es el nivel mas alto de educación que USTED haya completado:
 Menos de preparatoria Diploma de preparatoria/GED Programa Técnico/Certificación Algo de Universidad Diplomado Licenciatura maestría Doctorado
¿Qué tipo de cobertura de salud tiene? (CIRCULE todo lo que aplique): Ninguna Asistencia del Hospital (Charity Care/Tarjeta Amarilla) Medicaid Medicare Privado

Formulario de encuesta de admisión de clientes 2024



United Way
of Hunterdon County

Su respuesta a las siguientes preguntas tiene el propósito de recaudar fondos únicamente y no afectara su elegibilidad para este programa

HOGAR

Rangos de ingreso en el hogar al año (Circule uno):

Sin Ingreso	Solo ingreso del Seguro Social	\$1K-\$9K.	\$10K-\$15K
\$16K-\$20K.	\$21K-\$25K	\$26K-\$30K	\$31K-\$35K
\$36K-\$40K	\$41K-\$45K	\$46K-\$50K	\$51K-\$55K
\$56K-\$60K	\$61K-\$65K	\$66K-\$70K	\$71K-\$75K
\$76K-\$80K	\$81K-\$85K	\$86K-\$90K	\$91K-\$95K
\$95K-\$100K	\$100K+		

(Nota: Desempleo, pensión alimenticia etc., cuenta como ingreso).

¿Recibe pagos del Seguro Social? (Circule uno): SI NO

¿Cómo le pagan? (CIRCULE todo lo que aplique):

Efectivo Cheque Depósito Directo

¿Tiene cuenta de ahorros? (Circule uno): SI NO

Tamaño de la familia: (Nota: Sus familiares inmediatos – aquellos a los que usted mantiene)

de niños en la familia: _____ # de adultos en la familia: _____

¿Cuál es su condición de vida actualmente? (Circule uno):

Renta un Apartamento Renta un Cuarto Dueño de una Casa/Hipoteca

Vive con amigos/familiares Ninguno de los mencionados

¿Recibe subsidio de renta (e.g. Section 8)? SI NO

¿Cuanto paga de hipoteca o renta por mes? _____

TECNOLOGIA

¿Tiene acceso al internet? CIRCLE: SI NO

¿Tiene computadora laptop o desktop? (Circule uno): SI NO

¿Tiene iPad/Tableta? (Circule uno): SI NO

TRANSPORTE

¿Cuál es su medio de transporte? CIRCULE TODO LO QUE APLIQUE:

Taxi Caminando Dueño de un auto Bicicleta Amistades Link

SALUD

Contribuyente 1. Contribuyente 2

<u>¿Tiene médico de cabecera?</u>	SI / NO	SI / NO
<u>¿Ha tenido una revisión física general por su doctor en los últimos dos años?</u>	SI / NO	SI / NO
<u>¿Ha ido al dentista en el ultimo año?</u>	SI / NO	SI / NO

¿Qué cobertura de salud tiene su hijo/s? CIRCULE todas las que apliquen:

Ninguna Asistencia del Hospital (Charity Care/Tarjeta Amarilla)

Medicaid (NJ Family Care/Horizon) Seguro Privado

CUIDADO INFANTIL

¿Tiene hijos entre los 0 y 5 años? (Circule uno): SI NO

¿Está embarazada actualmente? (Circule uno): SI NO

¿Necesita ahora o necesitará en el futuro, cuidado de niños? (Circule): SI NO

¿Usa actualmente alguno de los siguientes servicios para el cuidado de menores?:

Familiar Amistad o cuidado de niños en el hogar de alguien

Guardería Early Head Start/Head Start Ninguno

Toda la información contenida en este formulario permanecerá confidencial, excepto la información necesaria que United Way del Condado de Hunterdon tiene que reportar. Los reportes nunca contienen información personal.