



Community Action and Human Services Department Senior Companion Program Application

2525 NW 62nd Street 4th Floor
No. de Teléfono : 305-514-6125

Miami, FL 33147
No. de Fax: (305) 514-6156

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Sexo: Hombre Mujer Estado Casado Viudo
Matrimonial Soltero Divorciado

No. de Teléfono: _____ No. de Seguro Social: _____

No. de Medicare: _____ No. de Medicaid : _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Ultimo Nivel de Educación: _____ Idiomas Hablados: _____

Ocupaciones Anteriores: _____

Ethnicidad: _____

Condición Física: Excelente Buena Regular Mala

No. de personas que viven en su casa: _____

Nombre de dependientes legales: _____

Por que quiere pertenecer al programa Senior Companion: _____

Su Modo de Transportación: _____

Dispuesto a trabajar: Tardes Sabado Domingo

¿Cómo se enteró de nuestro programa?: _____

Afición o destreza especial: _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Dirección: _____

No. de Teléfono _____ Relación al Aplicante _____

Dos personas de referencia (no familiares)

1) Nombre: _____ No. de Teléfono: _____

Dirección: _____

2) Nombre: _____ No. de Teléfono: _____

Dirección: _____

Elegibilidad Financiera

Su Ingreso Anual: \$ _____

Total e ingresos anuales en casa: \$ _____

Métodos de Ingreso	Sus Ingresos	Los de su esposo(a)	Otros miembros familiares
Beneficios del Seguro Social Mensual (\$) →			
Ingreso Suplementario (SSI) Mensual (\$) →			
Asistencia Publica..... →			
Renta adquirida de bienes raíces (Ingreso Neto)			
Ingreso de Stocks y Bonds..... →			
Ingreso de sueldo o salarió..... →			
Otro Ingresó..... →			

Certificación

Yo, _____, certifico que la información escrita arriba es correcta de acuerdo a mis conocimientos.

Firma Fecha

For SCP Program Office Use Only
 Eligible Not Eligible Annual Income _____

