



Community Action and Human Services Department
Foster Grandparent Program

701 N.W 1st Court 11th Floor Miami, Fl 33136

No. de Teléfono : (786) 469-4844 No. de Fax: (786) 469-4510



Apellido: _____ Nombre: _____

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

Sexo: Mujer Hombre
 Estado Matrimonial: Casado Soltero Viudo Divorciado

No. de Teléfono: _____ correo electrónico: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Últimos Cuatro Números de Seguro Social: _____

Ultimo Nivel de Educación: _____ Idiomas Hablados: _____

Ocupaciones Anteriores: _____

Ethnicidad: _____

Condición Física: Excelente Buena Regular Mala

No. de personas que viven en su casa: _____

¿Por que quiere pertenecer al programa Foster Grandparent?: _____

Su Modo de Transportación: _____

Dispuesto a trabajar: Mañanas Tardes

¿Cómo se enteró de nuestro programa?: _____

Afición o destreza especial: _____

Dos Referencias

1) Nombre: _____ No. de Teléfono: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

2) Nombre: _____ No. de Teléfono: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

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 (\$) →			
Estampillas de comida..... →			
Renta adquirida de bienes raíces →			
Ingreso de acciones y bonos..... →			
Ingreso de sueldo o salarió..... →			
Otro Ingresó..... →			

Certificación

Yo, _____, certifico que la información escrita arriba es correcta de acuerdo a mis conocimientos. También doy mi consentimiento para el programa Foster Grandparent hacer arreglos para una verificación de antecedentes penales, de conformidad con los requisitos federales para el programa Foster Grandparent.

Firma _____

Fecha _____

For FGP Program Office Use Only:
 Eligible Not Eligible Annual Income _____