



### Sección III: Datos Demográficos de los Miembros de la Familia

Nombre del Miembro de la Familia	Relación con el Solicitante	Género	Fecha de Nacimiento	Idioma primario	Early/Head Start
(Head of Household) <input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro <input style="width: 50%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro <input style="width: 50%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro <input style="width: 50%;" type="text"/>	Sí No
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro <input style="width: 50%;" type="text"/>	Sí No
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro <input style="width: 50%;" type="text"/>	Sí No
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro <input style="width: 50%;" type="text"/>	Sí No
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro <input style="width: 50%;" type="text"/>	Sí No
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro <input style="width: 50%;" type="text"/>	Sí No

# Información Familiar

**2. Favor de indicar el estado ocupacional de la figura femenina que vive en el hogar**  N/A Nombre del Cónyuge:

<b>A. Empleado</b> <input type="checkbox"/> Tiempo completo (mas de 34 horas por semana) <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Estacional - No Agrícola <input type="checkbox"/> Estacional - Agrícola <input type="checkbox"/> Empleado y en la Escuela <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo	<b>B. Nivel de grado más alto completado</b> <input type="checkbox"/> Nivel de grado mas alto completado <input type="checkbox"/> Bachillerato/GED <input type="checkbox"/> Certificado vocacional/de la tecnología <input type="checkbox"/> Asociado universitario <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría	<b>C. En la escuela o en el entrenamiento laboral</b> <input type="checkbox"/> Escuela secundaria o equivalencia <input type="checkbox"/> Formación profesional <input type="checkbox"/> Colegio o universidad <input type="checkbox"/> Programa de capacitación laboral con salario <input type="checkbox"/> Programa de capacitación laboral sin salario <input type="checkbox"/> Programa de capacitación laboral del gobierno	<b>D. Desempleado/Otro</b> <input type="checkbox"/> Desempleado con experiencia laboral <input type="checkbox"/> Desempleado sin experiencia laboral <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> No se puede trabajar debido a una discapacidad
--	---	---	--

¿Dónde recibió la mayor parte de su educación?  Estados Unidos  Otro:

**3. Favor de indicar el estado ocupacional de la figura femenina que vive en el hogar**  N/A Nombre del Cónyuge:

<b>A. Empleado</b> <input type="checkbox"/> Tiempo completo (mas de 34 horas por semana) <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Estacional - No Agrícola Estacional - <input type="checkbox"/> Agrícola Empleado y en la Escuela <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo	<b>B. Nivel de grado más alto completado</b> <input type="checkbox"/> Nivel de grado mas alto completado <input type="checkbox"/> Bachillerato/GED <input type="checkbox"/> Certificado vocacional/de la tecnología <input type="checkbox"/> Asociado universitario <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría	<b>C. En la escuela o en el entrenamiento laboral</b> <input type="checkbox"/> Escuela secundaria o equivalencia Formación profesional <input type="checkbox"/> Colegio o universidad <input type="checkbox"/> Programa de capacitación laboral con salario <input type="checkbox"/> Programa de capacitación laboral sin salario <input type="checkbox"/> Programa de capacitación laboral del gobierno	<b>D. Desempleado/Otro</b> <input type="checkbox"/> Desempleado con experiencia laboral <input type="checkbox"/> Desempleado sin experiencia laboral <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> No se puede trabajar debido a una discapacidad
--	---	---	--

¿Dónde recibió la mayor parte de su educación?  Estados Unidos  Otro:

4. ¿Eres un veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?  Sí  No Si es así, ¿qué rama?

## Sección IV: Información familiar

**Durante los últimos 6 meses en su relación actual, ¿se ha sentido asustado o amenazado?**  Sí  No

**1. Estado civil:**  Soltero, nunca casado  Separado, casado pero no viviendo juntos  Casado  
 Relación comprometida  Viudo  Divorciado

**2. Tipo de familia:**  Dos padres de familia  Familia madre soltera  Familia padre soltero  
 Familia de padre soltero viviendo con pareja  Familia de madre soltera viviendo con pareja  
 Participante único  Familia extendida  Abuelos criando niños

**3. Tipos de servicios o asistencia financiera recibida (marque todos los que correspondan)**  Sin servicios recibidos  Beneficios de comida de SNAP  
 Asistencia financiera médica (es decir, Medicaid/Medicare)  Seguro de desempleo  Transporte  Asistencia de vivienda pública  
 Trade Act Assistance  Asistencia pública/bienestar social (es decir, TANF / AFDC)  Asistencia del programa de energía  Almuerzo gratis / reducido  WIC  
 Cuidado sustituto/Subsidio de adopción  Manutención infantil / pensión alimenticia  Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)  Asistencia de cuidado infantil  Individuos con discapacidades

**4. Tipo de vivienda:**  Casa  Apartamento  Casa Móvil/Remolque  Sin Hogar/Sin Vivienda  Vivienda para migrantes  
 Refugio Comunitario  Habitación de hotel/motel

**5. Arreglo de pago de la vivienda:**  Vivienda propia  Alquiler de vivienda  Servicios de intercambio para  Recibir vivienda subsidiada  
 No hace ningún pago por la vivienda  Otro: Especificar:

**6. Tiempo en la dirección actual:**  Menos de 6 meses  6 - 12 meses  1 - 2 años  Mas de 2 años

# Ingresos Familiares

Determine los ingresos de la familia. Indique la fuente haciendo una lista de las ganancias brutas en la sección correspondiente.

Semanal → X 52	Bisemanal (cada 2 semanas) → X 26	Semi-mensual (dos veces al mes) → X 24	Mensual → X 12
Fuente	Ingresos Brutos	X <small>(ver el calendario anterior)</small>	Subtotal Anual
Ingresos de los Participantes	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Ingresos del Cónyuge / Pareja	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Otro: <input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Total:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Indique el tipo de ingreso que recibe su familia colocando una marca en la casilla al lado correspondiente.

	Empleo		Asistencia pública <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> TANF
	Beneficios de la Administración del Seguro Social		Pensión
	Beneficios de desempleo		Manutención infantil / Pensión Alimenticia
	Beneficios de Veteranos		Trabajador por cuenta propia
	Sin ingresos (con el apoyo de la familia)		

## ACUERDO PARA PARTICIPAR

Entiendo que soy voluntario para participar en los Programas de AVANCE y puedo retirarme en cualquier momento. También entiendo que toda la información se mantendrá confidencial y solo se usará sin identificarme personalmente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FECHA

Funding for this project was provided by the United States Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families,  
Grant #90ZB0030

Any opinions, findings and conclusions or recommendations expressed in this material are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of The  
United States Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families