

## Programa de Prevención (Formulario de Registro)

**No tenemos un trabajador de caso disponible en este momento. Por favor deje su información y lo llamaremos por teléfono lo mas pronto posible. Gracias.**

Día: \_\_\_\_\_

### **POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACION QUE SE PIDE:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido

Nombre del otro adulto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Numero Calle Apto. Ciudad Estado Zip

Numero de teléfono /de mensaje en donde se le puede encontrar entre 8:30 a.m. y 5:00 p.m.

Lunes a Viernes **Casa** ( ) \_\_\_\_\_ **Trabajo** ( ) \_\_\_\_\_  
Código de Área Numero Código de Área Numero

### **Recibe usted alguno de los siguientes servicios?**

MediCAL \_\_\_\_ Estampillas de Comida \_\_\_\_ TANF/CalWorks \_\_\_\_ ILSP \_\_\_\_

IHSS \_\_\_\_ CAPI \_\_\_\_ SSI MediCAL \_\_\_\_

**A. Si se va a mudar, ¿Cual es la razón por la que se muda?** \_\_\_\_\_

¿Tiene usted Section 8 Voucher? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Con cuanto va a contribuir para mudarse? \$ \_\_\_\_\_

**NOTA: El lugar al que se muda/ o se quiere quedar tiene que ser en Contra Costa County.**

**B. Si esta atrasado con la Renta, ¿porque se atraso?** \_\_\_\_\_

¿Con cuanto va a contribuir para el pago del atraso de renta? \$ \_\_\_\_\_

¿Cual es el total de sus ingresos? \$ \_\_\_\_\_

**POR FAVOR TOME NOTA: ESTE FORMATO NO ES APLICACION**