



Senior Solutions

Funded by the City of San Diego Community Development Block Grant

La información personal solicitada a continuación es confidencial y permanecerá interna. Recopilamos información directamente de usted con su permiso, según lo exigen los financiadores de nuestros programas. Por lo tanto, esta información es necesaria, ya que nos permite brindar servicios de manera gratuita y comprender mejor las necesidades de nuestros clientes.

Apellido:: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____ ¿Celular o teléfono fijo? _____

¿Está cómodo recibiendo mensajes de texto?: _____ ¿Está inscrito en MTS Access? _____

Si utiliza transporte público, proporcione su número SDM Pronto: 9840 0011 _____

¿Le interesaría recibir capacitación de orientación y movilidad para personas con discapacidad visual?: _____

Por favor, enumere cualquier ayuda de movilidad para caminar (por ejemplo: silla de ruedas eléctrica, silla de ruedas plegable, andadera, etc.):

Proporcione su(s) condición(es) de salud que califica(n): _____

¿Requiere asistencia hacia/desde el vehículo (circule una): S/N

¿Asistencia para entrar o salir del vehículo (circule una): S/N ¿Veterano militar (circule una)?: S/N

Nombre y teléfono del contacto de emergencia: _____

Raza (circule una):

- Blanco, Negro / Afroamericano, Asiático, Nativo americano / Nativo de Alaska, Negro / Afroamericano y Blanco, Nativo de Hawái / Otro isleño del Pacífico, Nativo americano / Nativo de Alaska y Blanco, Nativo americano / Nativo de Alaska y Negro / Afroamericano, Asiático y Blanco, Multirracial / Otro

Etnicidad (circule una): Hispano/Latino No Hispano/No Latino

Género (circule una): Femenino Masculino Transgénero M/F Transgénero F/M No conforme con el género

Dirección si tiene vivienda permanente: _____

Cabeza de familia (circule): S/N Tamaño de la familia: _____ Idioma principal que se habla en casa: _____

Certificación confidencial requerida de ingresos del cliente/beneficiario. Debe completarse y firmarse antes de la prestación de servicios. Deben proporcionarse los ingresos de todos los miembros adultos del hogar.

Fuente de ingreso: _____ Monto del ingreso: _____

Fuente de ingreso: _____ Monto del ingreso: _____

*El ingreso bruto anual debe incluir todas las fuentes de ingreso (salarios, manutención infantil, SSI, desempleo, pensión, ingresos de activos, etc.), pero no incluye los ingresos de los asistentes que viven en el hogar, según 24 CFR 5.403.

Family is (circle one):

- 30% or less (Extremely Low Income) 31%-50% (Low Income)
- 51%- 80% (Moderate Income) Over 80% of median income

Según el tamaño del hogar del cliente y el ingreso anual total informado, seleccione la categoría correspondiente:

Tamaño del hogar	Límites de ingresos extremadamente bajos (0-30% del ingreso medio)	Límites de ingresos muy bajos (31-50% del ingreso medio)	Límites de ingresos bajos/moderados (51-80% del ingreso medio)
1	\$0 - \$34,750 <input type="checkbox"/>	\$34,751- \$57,900 <input type="checkbox"/>	\$57,901- \$92,700 <input type="checkbox"/>
2	\$0 - \$39,700 <input type="checkbox"/>	\$39,701- \$66,150 <input type="checkbox"/>	\$66,151 - \$105,950 <input type="checkbox"/>
3	\$0 - \$44,650 <input type="checkbox"/>	\$44,651 - \$74,450 <input type="checkbox"/>	\$74,751- \$119,200 <input type="checkbox"/>

Fuente: Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE. UU. (Ciudad de San Diego), abril de 2025.

Certificación del Subreceptor: Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Estoy consciente de que existen sanciones por proporcionar información falsa o intencionalmente incorrecta en una solicitud de fondos federales, lo que puede incluir el reembolso inmediato de todos los fondos federales recibidos y/o enjuiciamiento según la ley. Entiendo que la información de este formulario está sujeta a verificación por parte del personal federal como parte del monitoreo de cumplimiento. Certifico que la residencia del participante/beneficiario es verdadera y correcta según los requisitos del 24 CFR 570.309. Además, reconozco que he recibido y cumpliré con el Código de Conducta proporcionado.

Nota: Esta certificación completada debe mantenerse en el archivo confidencial del programa para revisión al momento de la supervisión. **La elegibilidad es válida por un año después de su finalización.**

Nombre del personal del programa (en letra de molde) Firma del personal del programa Fecha

This section is to be completed by program staff when verifying documents.

Proof of Age: CA Driver’s License CA State ID Birth Cert. Passport Other: _____

Proof of City of San Diego Residency Provided and Copied with Address (circle one):

Homeless Certificate CA Driver’s License CA State ID Utility Bill Vehicle Insurance/Registration IRS/CA Tax Return Employment Docs. Bank Statement Other: _____

Proof of Income Collected (circle all that apply):

GR/TANF Award Letter Bank Statements Tax Return Zero Income Affidavit
W-2 Earnings Statements SSI/SSDI Award Letter Other: _____

Was qualifying medical condition verified? _____

Program Staff Print Name **Program Staff Signature** **Date**

Date Intake Approved: _____ **Discharge Date:** _____

Certify Client Physical Home Address is (circle one):

Within City of San Diego City Limits Beyond City of San Diego Limits

Devuelva la solicitud por fax (619)295-3217, correo (Travelers Aid Society of San Diego, 3160 Camino del Rio South, Suite 309, San Diego, CA 92108) o correo electrónico (Adrianna@travelersaidsandiego.org).