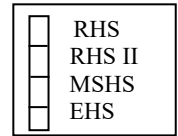


Center/ PY \_\_\_\_\_

**Application for Services**  
**Community Action Program for Central Arkansas**  
**(501) 329-0977 & (501) 329-3891**



Name: \_\_\_\_\_ Email address: \_\_\_\_\_

Mailing address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ County: \_\_\_\_\_

Phone-Home: ( ) \_\_\_\_\_ Personal Cell: ( ) \_\_\_\_\_ Work: ( ) \_\_\_\_\_

Physical Address: \_\_\_\_\_

Preferred method of contact: \_\_\_\_\_ Primary language spoken in the home \_\_\_\_\_

Are you or any member of your household:  A Migrant Farm Worker  A Seasonal Farm Worker  Pregnant (if yes, estimated Due Date \_\_\_\_\_)  Victim/Survivor of Domestic Violence

Education Level of Applicant:  
 Kindergarten – 8<sup>th</sup> grade: Non-Graduate  9<sup>th</sup>– 12 grade: Non-Graduate  High School Graduate/GED  
 12 + some Secondary  2 or 4 Year College Graduate

Family Type:  Single Parent/Female  Single Parent/Male  Two Parent Home  Single Person  
 Two Adult/No-Children Home  Other (Specify) \_\_\_\_\_  Homeless Teenager

Family Size:  1  2  3  4  5  6  7  8 or more (Specify) \_\_\_\_\_

Housing:  Own  Rent  Homeless  Other (Specify) \_\_\_\_\_

Type of housing:  House  Apartment  Mobile Home/Trailer  Other (Specify) \_\_\_\_\_

IF RENTING:  
 How much is your rent? \_\_\_\_\_ Per:  Month  Week  Day Are utilities included in your rent?  Yes  No

**Please check any/all income sources that apply for everyone included in your household.**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> No Income       | 6. <input type="checkbox"/> TANF               | 11. <input type="checkbox"/> Medicaid              | 16. <input type="checkbox"/> Public Housing         |
| 2. <input type="checkbox"/> Social Security | 7. <input type="checkbox"/> SNAP               | 12. <input type="checkbox"/> Medicare              | 17. <input type="checkbox"/> Employment + any other |
| 3. <input type="checkbox"/> SSI Benefits    | 8. <input type="checkbox"/> Free/Reduced Lunch | 13. <input type="checkbox"/> Unemployment Benefits | 18. <input type="checkbox"/> Child Support          |
| 4. <input type="checkbox"/> VA Benefits     | 9. <input type="checkbox"/> WIC                | 14. <input type="checkbox"/> Pension/Retirement    | 19. <input type="checkbox"/> Childcare Voucher      |
| 5. <input type="checkbox"/> TEA             | 10. <input type="checkbox"/> ARKIDS            | 15. <input type="checkbox"/> Employment Only       | 20. <input type="checkbox"/> Other _____            |

Name of Household Members	Gender	Race	Social Security Number	Date of Birth	Education Level	Employed F=Fulltime P=Part-time S=Self	Disability Y/N	Veteran Y/N	Health Ins. Y/N	Monthly Income
Applicant:										

**TOTAL HOUSEHOLD INCOME** \_\_\_\_\_

18. Does the family need childcare?  Yes  No If yes, for what age?  6wks -3yrs  3-5 yrs.  5-12yrs

20. Environmental risks:  None  
Child in DHS System  Yes  No Parents Incarcerated  Yes  No Loss of Home  Yes  No  
Foster Child  Yes  No Death of Parent  Yes  No Inadequate Housing  Yes  No  
Grandparents raising child  Yes  No Serious Illness  Yes  No Loss of Job  Yes  No  
Severe Mental Illness  Yes  No Alcohol Abuse  Yes  No Drug Abuse  Yes  No  
Sibling Enrolled in HS  Yes  No HIV/Aids  Yes  No Pregnant Teen  Yes  No

21. Were you referred from another agency:  Yes  No If yes, Agency name & reason for referral: \_\_\_\_\_

22. Child with Disabilities:  Suspected  Diagnosed  Multi-Diagnosed Type of Disability \_\_\_\_\_

23. Where did you sleep last night?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

24. Briefly describe your current situation or need:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

25. Are you an employee of CAPCA?  Yes  No If yes, Executive Director Signature \_\_\_\_\_

26. Is a member of your family an employee of CAPCA?  Yes  No If yes, enter family member name and relationship:  
\_\_\_\_\_

26. Do you have friends that work for CAPCA? Please list name (s) \_\_\_\_\_

27. Please complete  
Employed  Yes  No Head of Household  Yes  No Spouse/Other  Yes  No  
School  Yes  No  Yes  No  Yes  No  
Pregnant  Yes  No  Yes  No  Yes  No

I understand that the information in this application will be held in strict confidence within the agency. I further understand that this is an application for services that are paid for with federal funds and that intentionally providing misleading, inaccurate or untruthful information of a material nature could result in disqualification of services and could have serious legal consequences for me. CAPCA does not discriminate on the basis of religion, gender, race, color, national origin, or person with disabilities. I understand that disclosure of my social security number is voluntary and will be used only for identification purposes. I certify that the above information is true and correct. This information will be kept strictly confidential unless its release is authorized in writing. General statistical information will be compiled with other households to create reports for funding sources.

\_\_\_\_\_  
**APPLICANT SIGNATURE**

\_\_\_\_\_  
**DATE**

\_\_\_\_\_  
**CAPCA SIGNATURE**

\_\_\_\_\_  
**DATE**

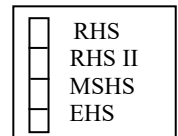
**FOR OFFICE USE ONLY:**

TYPE OF ASSISTANCE REQUESTED: \_\_\_\_\_ PREGNANT MOM REFERRAL   
TYPE OF ASSISTANCE PROVIDED: \_\_\_\_\_ CHILD SUPPORT REFERRAL   
AMOUNT: \_\_\_\_\_ HEAD START REFERRAL(RHS/EHS/MSHS)

This program adheres to all provisions of Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, and the Americans with Disabilities Act (ADA) – Public Law 101-336. The Disabilities Coordinator is the designated person responsible for assurance of Section 504 and the ADA.

Center/ PY \_\_\_\_\_

**Aplicación para Servicios  
Programa de Acción Comunitaria para Arkansas Central  
(501) 329-0977 & (501) 329-3891**



Nombre: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Tele. de Casa: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

Dirección Física: \_\_\_\_\_

Método de contacto preferido: \_\_\_\_\_ Idioma Principal Hablado en el Hogar \_\_\_\_\_

¿Es usted o algún miembro de su familia: \_\_\_ Un trabajador agrícola migrante \_\_\_ Un trabajador agrícola por temporada  
\_\_\_ Embarazada (en caso afirmativo, fecha para tener bebe \_\_\_\_\_) \_\_\_ Víctima / Sobreviviente de Violencia Doméstica

Nivel de Educación del Solicitante:  
 \_\_\_ Kínder. – 8<sup>th</sup> grade: Sin Graduarse \_\_\_ 9– 12 grade: Sin Graduarse \_\_\_ Graduado de preparatoria/GED  
 \_\_\_ 12 + algo de Secundaria \_\_\_ 2 o 4 Graduado de Universidad

Tipo de Familia: \_\_\_ Madre Soltera \_\_\_ Padre Soltero \_\_\_ Ambos Padres \_\_\_ Persona Soltera  
 \_\_\_ Hogar de dos adultos/no niños \_\_\_ Otro (Especifique) \_\_\_\_\_ \_\_\_ Adolescente sin hogar

Tamaño de Familia: \_\_\_ 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_ 4 \_\_\_ 5 \_\_\_ 6 \_\_\_ 7 \_\_\_ 8 o más (Especifique) \_\_\_\_\_

Vivienda: \_\_\_ Propia \_\_\_ Renta \_\_\_ Sin Hogar \_\_\_ Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

Tipo de Vivienda: \_\_\_ Casa \_\_\_ Apartamento \_\_\_ Casa Móvil/Tráiler \_\_\_ Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

SI ESTA RENTANDO:  
 ¿Cuánto es su renta? \_\_\_\_\_ por: \_\_\_ Mes \_\_\_ Semana \_\_\_ Día ¿Están incluidos los servicios públicos? \_\_\_ Si \_\_\_ No

**Marque cualquiera o todas las fuentes de ingresos que correspondan a todas las personas incluidas en su hogar.**

- |                       |                             |                                 |                                 |
|-----------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. ___ No Ingreso     | 6. ___ TANF                 | 11. ___ Medicaid                | 16. ___ Vivienda pública        |
| 2. ___ Seguro Social  | 7. ___ SNAP                 | 12. ___ Medicare                | 17. ___ Empleo + cualquier otro |
| 3. ___ Beneficios SSI | 8. ___ Almuerzo Reducido/Gr | 13. ___ Beneficios de Desempleo | 18. ___ Manutención             |
| 4. ___ Beneficios VA  | 9. ___ WIC                  | 14. ___ Pensión/Retiro          | 19. ___ Vale de guardería       |
| 5. ___ TEA            | 10. ___ ARKIDS              | 15. ___ Solo Empleo             | 20. ___ Otro _____              |

Nombre de los Miembros del Hogar	Genero	Raza	Número de Seguro Social Security	Fecha de Nacimiento (M/D/A)	Nivel de Educación	Empleado F=Tiempo Completo P=Tiempo Parcial S=Si mismo	Discapacidad S/N	Veterano S/N	Seguro Médico S/N	Ingreso Mensual
Solicitante:										

**INGRESOS TOTALES DEL HOGAR** \_\_\_\_\_

20. Necesita la familia cuidado del niño(a)?  Si  No Para cuales edades?  6 sem. – 3 años  3-5 años.  5-12 años

21. Riesgos ambientales:  Ninguno  
Niño en el sistema DHS  Yes  No Padres Encarcelados  Si  No Pérdida de Hogar  Si  No  
Hijo adoptivo  Si  No Muerte de padre  Si  No Vivienda inadecuada  Si  No  
Abuelos criando niños  Si  No Enfermedad seria  Si  No Pérdida de empleo  Si  No  
Enfermedad mental severa  Si  No Abuso de alcohol  Si  No Abuso de drogas  Si  No  
Hermano inscrito en HS  Si  No VIH/SIDA  Si  No Adolescente embarazada  Si  No

22. ¿Fue referido por otra agencia?:  Si  No En caso afirmativo, nombre de la agencia y motivo por la referencia: \_\_\_\_\_

23. Niño(a) con incapacidad:  Se sospecha  Diagnosticada  Multi-Diagnosticado Tipo de discapacidad \_\_\_\_\_

24. ¿Dónde durmió anoche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

25. Describa brevemente su situación actual o necesidad:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

26. ¿Es usted un empleado de CAPCA?  Si  No En caso afirmativo, firma del director ejecutivo \_\_\_\_\_

27. ¿Es un miembro de su familia un empleado de CAPCA?  Si  No En caso afirmativo, ingrese el nombre y la relación del miembro de la familia: \_\_\_\_\_

28. ¿Tiene amigos que trabajen para CAPCA? Por favor liste su nombre(s) \_\_\_\_\_

29. Por favor complete

	Cabeza de hogar	Cónyuge / Otro
Empleado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Escuela	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Embarazada	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Entiendo que la información en esta solicitud se mantendrá en estricta confidencialidad dentro de la agencia. Además, entiendo que esta es una solicitud para servicios que se pagan con fondos federales y que proporcionar intencionalmente información engañosa, inexacta o falsa de naturaleza material podría resultar en la descalificación de los servicios y podría tener graves consecuencias legales para mí. CAPCA no discrimina por motivos de religión, género, raza, color, origen nacional o persona con discapacidades. Entiendo que la divulgación de mi número de seguro social es voluntaria y se usará solo con fines de identificación. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Esta información se mantendrá estrictamente confidencial a menos que su divulgación esté autorizada por escrito. La información estadística general se compilará con otros hogares para crear informes de fuentes de financiamiento.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL SOLICITANTE**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DE CAPCA**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

**SÓLO PARA USO DE OFICINA:**

TYPE OF ASSISTANCE REQUESTED: \_\_\_\_\_

TYPE OF ASSISTANCE PROVIDED: \_\_\_\_\_

AMOUNT: \_\_\_\_\_

PREGNANT  
MOM REFERRAL \_\_\_\_\_  
CHILD SUPPORT  
REFERRAL \_\_\_\_\_  
HEAD START  
REFERRAL(RHS/  
EHS/MSHS)

Este programa de adhiere a todas las provisiones de la Sección 504 del Decreto de Rehabilitación de 1973, y el Decreto de Americanos con Discapacidades (ADA) – Ley Pública 101-336. El Coordinador de Discapacidades es la persona designada responsable por asegurar la Sección 504 y ADA.