

FUNDACION ONCOLOGICA HIMA SAN PABLO, INC.

➤ SOLICITUD DE SERVICIO:

1. Recibe las siguientes ayudas y/o servicios:

- a. _____ Ayuda para niños dependientes
- b. _____ Programa WIC
- c. _____ Seguro Social
- d. _____ Desempleo
- e. _____ Asistencia nutricional
- f. _____ Asistencia pública

2. Impedimento Físico y/o Mental:

- a. _____ SI
- b. _____ NO

Si su respuesta es SI, favor especifique: _____

3. Estatus en la fuerza laboral:

- a. Empleado _____
- b. Sub empleado _____
- c. Desempleado _____
- d. Desplazado _____
- e. Aprendiz _____
- f. Estudiante _____
- g. Retirado _____

4. Composición familiar:

Nombre	Edad	Sexo	Seguro Social	Ocupación	Parentesco

5. ¿Qué otro ingreso se reciben en el hogar?

Tipo de ingreso	Cantidad mensual
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____

6. Gastos mensuales de la familia:

a. Agua	\$ _____
b. Luz	\$ _____
c. Teléfono	\$ _____
d. Alimentos	\$ _____
e. Hipoteca/Renta	\$ _____
f. Medicinas	\$ _____
g. Otros	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____

TOTAL _____