



The H.E.A.R.T. Program

Educational Programs Inspiring Communities Inc.
707 Lehman Street
Houston, TX 77018
(713) 491-6897

Solicitud de admisión

Please Select One (1):

Nueva inscripción

Reinscripción

Please select which program you are applying for:

HEART- Vending & Concesiones / Formación virtual

HEART-CVS

HEART- Programa de Pasantías de Verano

Información general del solicitante

Nombre: _____ Citizenship: _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____
Códigopostal _____

DOB _____ Phone _____ Alt# _____

Seguro Social: : _____ - _____ - _____ Licencia de conducir/ID#: _____

Male _____ femenina _____ Etnia _____

Nombre del padre/tutor:: _____

Teléfono # _____ Cell teléfono# _____

Correo electrónico _____

Información de tutela

Guardianship: Si _____ No _____ En curso _____

Guardián (si corresponde) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigopostal _____

Telefono # _____ Cell Telefono # _____

Correo electrónico _____

****Por favor, proporcione pruebas de tutela, como una carta de tutela**

Beneficios

Does applicant receive the following: (Check all that apply and list monthly award)

_____ SSI \$ _____ _____ SSD \$ _____ _____ SNAP \$ _____

_____ Medicare _____ Medicaid _____ Metro-Lift _____ HCS _____ VR

_____ on the waiting list for benefits from MHMRA or another agency

****Por favor proporcione pruebas de beneficios, como carta de premio o copia de la tarjeta**

Proveedor de agencia (si corresponde)

Agencia _____

Administrador de casos _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ CódigoPostal _____

Telefono # _____ Cell Telefono # _____

Correo electrónico _____

Nivel de necesidad (si corresponde)

(Por favor, compruebe uno)

1 _____ 5 _____ 8 _____ 6 _____ 9 _____

Situación de vida

Inicio _____ Independientemente _____ Casa de grupo _____ Instalación residencial _____

Transporte

Unidades _____ Familia _____ Metro _____ MetroLift _____ Casa de grupo _____

Médico

Diagnóstico _____

Fecha de diagnóstico _____

¿Tiene el solicitante alguna discapacidad física: Si _____ No _____

En caso afirmativo, explique _____

Puede el solicitante tomar su propio medicamento Si _____ No _____

¿El solicitante necesita cualquier equipo especial o consideraciones _____ Yes _____ No

En caso afirmativo, explique _____

¿Tiene el solicitante alguna limitación social adicional que debamos tener en cuenta, por favor enumere

**** **Proporcione una copia del diagnóstico del solicitante**

___ HS Diploma ___ GED ___ Technical ___ College ___ # years

Por favor enumere los nombres de cada escuela atendida y el nivel más alto de finalización

Fechas de asistencia al nombre de la escuela

1 _____

2 _____

3 _____

Historial laboral del solicitante

Tiene el solicitante algún historial laboral previo?? ___ Si ___ No

En caso afirmativo, complete la siguiente información:

Empleador	Puesto de trabajo /Responsabilidades	Fecha de inicio de la fecha de finalización

¿Cómo se enteró del Programa HEART?

Información Adicional
(Por favor enumere cualquier información adicional que usted sienta que sería importante)

Atestigua que toda la información proporcionada es fiel a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que omitir o falsificar intencionalmente la información puede conducir a la terminación inmediata del Programa HEART.

Fecha de firma del solicitante

Fecha

Fecha del padre o tutor (si corresponde)

Fecha

Las solicitudes completadas y firmadas pueden presentarse a:

Correo electrónico: Sbaron@heartprogram.org

Ssimmonsgould@heartprogram.org (*HEART/CVS applications*)

Fax: Shyra Baron (713) 263-3795
Sheree Simmons- Gould (713) 893-8857 (*HEART/CVS applications*)

Correo: 707 Lehman Street
Houston, Texas 77018

Entregan 707 Lehman Street
Houston, Texas 77018
(*by appointment only*)

La presentación de solicitudes no garantiza la aceptación en El Programa HEART