



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

*Educational Programs Inspiring Communities Inc.*

707 Lehman Street

Houston, TX 77018

(713) 692 4278

## Solicitud de admisión

### Favor de Seleccionar (1):

*Nueva inscripción*

*Reinscripción*

### Favor de seleccionar al programa que aplica:

*HEART- Vending & Concesiones / aplicacion general*

*HEART-CVS*

*HEART- Programa de Pasantías de Verano*

### Información general del solicitante

Nombre: \_\_\_\_\_ Citizenship: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Códigopostal \_\_\_\_\_

DOB \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Alt# \_\_\_\_\_

Seguro Social: : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Licencia de conducir/ID#: \_\_\_\_\_

Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_ Etnia \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor:: \_\_\_\_\_

Teléfono # \_\_\_\_\_ Teléfono Celular# \_\_\_\_\_

Correo  
electrónico \_\_\_\_\_



**Información de tutela**

Padre (o) Guardian: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En curso \_\_\_\_\_

Guardián (si corresponde) \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigopostal \_\_\_\_\_

Telefono # \_\_\_\_\_ Telefono Celular # \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CodigoPostal \_\_\_\_\_

Telefono # \_\_\_\_\_ Telefono Celular # \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_



**Nivel de necesidad (si corresponde)**

**(Por favor, compruebe uno)**

1 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_

**Situación de vida**

Casa \_\_\_\_\_ Independientemente \_\_\_\_\_ Casa de grupo \_\_\_\_\_ Instalación residencial \_\_\_\_\_

**Transporte**

Conduce \_\_\_\_\_ 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 debemos tener en cuenta, por favor enumere

\_\_\_\_\_

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



**Educación**

\_\_\_\_ Certificado de Preparatoria    \_\_\_\_ GED    \_\_\_\_ Escuela Tecnica    \_\_\_\_ Colegio    \_\_\_\_ #  
years

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

Fechas de asistencia y 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:

<b>Empleador</b>	<b>Puesto de trabajo /Responsabilidades</b>	<b>Fecha de inicio de la fecha de finalización</b>

**¿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**