



Community Agency for Resource, Advocacy and Services

318 Frist Street, Suite B, Gilroy, CA 95020

Telephone: (408) 847-4978 | Fax: (408) 846-1089

Website: <http://www.caras.org> Email: gmendoza@carassouthcounty.org

Client Application

First and Last Name: _____ **D.O.B.:** ____/____/____ **SS#:** ____-____-____

Address: _____ **City:** _____, **State:** _____, **Zip:** _____

Phone #: ____-____-____ **Email:** _____@_____ **How did you hear about CARAS** _____

Ethnicity/Race:

Hispanic/Latino/Spanish American Indian/Alaska Native Asian Black/African American

Native Hawaiian/Pacific Islander White Other: _____

Status:

Single Parent Elderly Veteran Elderly & Disabled Foster Youth Intact Family

Other (Specify): _____

Name of head of household: _____

Name(s) of all children living in the home: _____

Dates of birth: _____

Total number of people living in household: _____

Income source:

Work CalWORKs SSI Section 8 Voucher WIC CalFresh Subsidized Housing

Other (Specify): _____

Monthly net income: \$ _____

Explain the reason for your visit today: _____

I give permission to **CARAS** to contact any agency or person who could provide me with assistance to help better my situation, and I give my consent to release any information necessary to receive assistance from **Community Agency for Resource, Advocacy and Services (CARAS)**.

_____ Printed Name and Signature of Client	_____ Date
---	---------------



Community Agency for Resource, Advocacy and Services

318 Frist Street, Suite B, Gilroy, CA 95020

Telephone: (408) 847-4978 | Fax: (408) 846-1089

Website: <http://www.caras.org> Email: gmendoza@carassouthcounty.org

Aplicacion de Cliente

Nombre y apellido: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/____ SS#: ___-___-

Direccion: _____ City: _____, State: CA Zip: _____

Numer de telefono #: ___-___-____ Email: _____@_____ Quien te referio a CARAS? _____

Etnicida/raza:

Hispano/Latino/Spanish Indio Americano/Nativos de Alaska Asiatico Caucasic

Negro/Afro Americano Nativo de Hawaiian/Islas del Pacifico Otro: _____

Status:

Padre soltero/a Anciano Discapacitado Foster Youth Familia

Otro (Specify): _____.

Nombre del jefe del asimiento de casa: _____

Nombre(s) de niños viviendo en el hogar : _____

_____.

Fechas de nacimiento de los niños: _____.

La cantidad de personas viviendo en el hogar: _____

Fuente de ingresos:

Trabajo CalWORKs SSI Section 8 Voucher WIC CalFresh Subsidized Housing

Otro

(especificar): _____.

Ingresos mensuales \$ _____

Explique su razon de su visita del dia de hoy:

_____.

Yo doy permiso MFS ponerse en contacto con culaquier agencia o persona que podria proporcionar asistencia para ayudar a mejorar mi situacion, y doy mi consentimiento para liberar toda la informacion necesaria mejorar para recibir la asistencia de Community Agency for Resource, Advocacy and Services (CARAS).



Community Agency for Resource, Advocacy and Services

318 Frist Street, Suite B, Gilroy, CA 95020

Telephone: **(408) 847-4978** | Fax: (408) 846-1089

Website: <http://www.caras.org> Email: gmendoza@carassouthcounty.org

Nombre impreso y firma del cliente

Fecha