



Community Action and Human Services Department Senior Companion Program Application

1600 NW 3rd Avenue, Suite 103, Miami, FL 33136
Phone #: (786) 469-4849 or (786) 469-4857



Last Name: _____ First Name: _____

Address: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Gender: Female Male
Marital Status: Married Widowed
 Single Divorced

Telephone No.: _____ Social Security No.: _____

Age: _____ Birth Date: _____ Birth Place: _____

Highest Level of Education: _____ Languages Spoken: _____

Ethnicity: _____

Physical Condition : Excellent Good Fair Poor

No. of persons living in your home: _____

Tell us why you wish to become a Senior Companion :

Method of Transportation: _____

Willing to work: Mornings Afternoons

How did you hear about our program?: _____

List Hobbies & Special Skills: _____

Two Character References

1) Name: _____ Telephone# _____
Address: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____

1) Name: _____ Telephone# _____
Address: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Financial Eligibility

Your Annual Income: \$ _____
Total Annual Income of your entire Household: \$ _____

Methods of Income	Yours	Your Spouse	Other Household Members
Social Security Benefits Per Mo. (\$) _____			
Supplemental Security Income (SSI) _____			
Food Stamps..... _____			
Rent received from Real Estate..... _____			
Income from Stocks and Bonds _____			
Income from wages or salary _____			
Other Income..... _____			

Certification

I _____, do certify that the above information as stated is correct to the best of my knowledge. I also consent to the Senior Companion Program performing or arranging for a criminal history check in accordance with the Federal requirements for the Senior Companion Program.

Signature _____ Date _____

For SCP Program Office Use Only:
 Eligible Not Eligible Annual Income _____



Community Action and Human Services Department Senior Companion Program Application

1600 NW 3rd Avenue, Suite 103, Miami, FL 33136
No. de Teléfono : (786) 469-4849 (786) 469-4857



AmeriCorps
Seniors

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Sexo: Mujer Hombre
Estado Matrimonial: Casado Soltero Viudo Divorciado

No. de Teléfono: _____ No. de Seguro Social: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Ultimo Nivel de Educación: _____ Idiomas Hablados: _____

Ocupaciones Anteriores: _____

Ethnicidad: _____

Condición Física: Excelente Buena Regular Mala

No. de personas que viven en su casa: _____

¿Por que quiere pertenecer al programa Senior Companion?: _____

Su Modo de Transportación: _____

Dispuesto a trabajar: Mañanas Tardes

¿Cómo se enteró de nuestro programa?: _____

Afición o destreza especial: _____

Dos Referencias

1) Nombre: _____ No. de Teléfono: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

2) Nombre: _____ No. de Teléfono: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Elegibilidad Financiera

Su Ingreso Anual: \$ _____

Total e ingresos anuales en casa: \$ _____

Métodos de Ingreso	Sus Ingresos	Los de su Esposo(a)	Otros miembros familiares
Beneficios del Seguro Social Mensual (\$) →			
Ingreso Suplementario (SSI) Mensual (\$) →			
Estampillas de comida..... →			
Renta adquirida de bienes raíces →			
Ingreso de acciones y bonos..... →			
Ingreso de sueldo o salarió..... →			
Otro Ingresó..... →			

Certificación

Yo, _____, certifico que la información escrita arriba es correcta de acuerdo a mis conocimientos. También doy mi consentimiento para el programa Senior Companion hacer arreglos para una verificación de antecedentes penales, de conformidad con los requisitos federales para el programa Senior Companion.

Firma

Fecha

For SCP Program Office Use Only:
 Eligible Not Eligible Annual Income _____