

Community Partner Response Employment Form

Por favor complete toda la información siguiente:

Esta actualmente empleado? (Si no, por favor proceda en la próxima página)

- Si, tiempo completo
 Si, medio tiempo
 No, pero estoy buscando trabajo
 No, y no estoy buscando trabajo, por que? _____

Cuántas horas trabaja por semana?

Cuántas horas trabaja por semana?

¿Cuál es su ingreso mensual estimado?

Quien es su empleador actual?

Si ustedene una necesidad personal, está comodo acercándose su empleador sobre cualquiera de lo siguiente:

- Cuidado de niño diario vivir Dentista Educación Empleo Finanzas habilidades generales para la vida Utilidades
 Alojamiento Ayuda Legal Salud Mental Crianza Salud Física Relaciones Abuso de sustancias Transportación

Está interesado en recibir apoyo individual? (crianza , presupuestar, mentoría, etc.)

- Si, estoy interesado en recibir apoyo
 No, no estoy interesado en recibir ayuda

Que otra asistencia necesita para satisfacer sus necesidades básicas?

Usted da permiso a Bufalo County Community Partners para contactar a su empleador para consultar con ellos sobre la información dada en esta forma? Si No

¿Qué recursos ha ofrecido su empleador que han sido más beneficiosos para usted y su familia?

Que desea que su comunidad o empleador supiera sobre sus deseos para su familia?

Firmando abajo, usted está de acuerdo que toda información en esta página es precisa y da permiso a Buffalo County Community Partners para contactar a otras agencias colaboradoras con respecto a su solicitud.

Nombre

Firma

Fecha