

Anexo para grupos familiares grandes de la Solicitud del Programa de Asistencia para la Energía y para el Agua de Indiana
Año del programa 2023

Rellene y envíe junto con su solicitud si su grupo familiar tiene más de cuatro integrantes.
 Este formulario no es necesario si el grupo familiar es de cuatro personas o menos.
 Indique la dirección y los datos del solicitante para que podamos relacionar este anexo con la solicitud principal.

Nombre del solicitante		Cuatro últimos dígitos del SSN		Condado	
		XXX-XX-			
Dirección física (incluido el número de apartamento/lote/remolque)			Ciudad		Estado
					IN
Código postal					

Parte IV: integrantes del grupo familiar y datos demográficos (continuación)

Indique todas las personas que residen en este hogar y que no figuran ya en el formulario de solicitud principal.

	Apellido y sufijo	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	Género	¿Discapacitado?	Raza	Etnia	Empleo	Educación	Seguro médico	Situación militar
							Utilice los códigos que figuran a continuación					
5					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro/no binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
6					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro/no binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
7					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro/no binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
8					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro/no binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
9					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro/no binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
10					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro/no binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
11					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro/no binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
12					<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro/no binario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						

Códigos de raza:	Códigos de etnia:	Códigos de empleo:
A: asiático/a; B: negro/a o afroamericano/a; I: indígena americano/a o nativo/a de Alaska; P: nativo/a de Hawái o de otras islas del Pacífico; W: blanco/a; M: mestizo/a; O: otra	H: origen hispano, latino o español N: origen no hispano, latino o español	FT: empleado/a a tiempo completo; PT: empleado/a a tiempo parcial; R: jubilado/a; US: desempleado/a por seis meses o menos; UL: desempleado/a más de seis meses; NL: sin empleo; M: trabajador(a) agrícola migrante de temporada

Códigos de educación:	Códigos del seguro médico:	Códigos militares:
A: kínder a 8.º grado; B: 9.º a 12.º grado, no graduado; C: graduado de la escuela secundaria/diploma de equivalencia; D: algunos estudios postsecundarios; E: título universitario de 2 o 4 años; F: Otro tipo de título postsecundario	A: Medicaid; B: Medicare; C: programa estatal de seguro médico infantil; D: programa estatal de seguro médico para adultos; E: seguro médico militar; F: compra directa; G: basado en el empleo; N: ninguno	A: militar activo V: veterano/a N: sin afiliación

Número de solicitud: _____