



EXPRESSION OF INTEREST FORM (Formulario de Expresión de Interés)
(Any missing information will result in the inability to process your request for services.)
(Si no proporciona toda la información solicitada, no será posible procesar su solicitud.)

Client's Last Name (Apellido(s) del cliente):

Client's First Name (Nombre(s) del cliente):

Date of Birth:
 (Fecha de nacimiento)

Social Security No:
 (Núm. Seguro Social)

Address (Dirección):

Apartment (Apartamento):

Zip Code (Zona postal):

Work Phone (Teléfono trabajo):

Home Phone (Teléfono casa):

Cell/Alternate # (Móvil/alternativo):

Race/Ethnic Group (Please Check ✓) - The following is requested for informational purposes only. It is the policy of the City of Philadelphia to provide services without regard to race, color, religion, sex, sexual orientation, having AIDS or being perceived to have AIDS, national origin, ancestry, physical handicap or age.

(Raza/Grupo Étnico (Favor indicar ✓) – Lo siguiente se solicita solamente para propósitos informativos. Es política de la ciudad de Filadelfia proveer servicios sin importar raza, color, religión, sexo, preferencia sexual, tener SIDA o ser percibido como teniendo SIDA, origen nacional, descendencia, impedimento físico o edad.)

- African American/Black** **Asian** **Caucasian/White** **Hispanic/Latino** **Native American** **Asian/Pacific Islander**
 (Afroamericano/Negro) (Asiático) (Caucásico/Blanco) (Hispano/Latino) (Nativo Americano) (Asiático/Isleño del Pacífico)
- Other (Otro):** _____

Client Gender: (Please Check ✓)
 (Género del cliente): (Favor indicar ✓)
 Male (Varón) **Female (Hembra)**

Head of Household Gender: (Please Check ✓)
 (Género del jefe de familia): (Favor indicar ✓)
 Male (Varón) **Female (Hembra)**

of Adults (over 18) in the household _____
 (Núm. de adultos (mayores de 18) en la casa)

of Children (under 18) in the household _____
 (Núm. de niños (menores de 18) en la casa)

Source(s) of household income (check all that apply) and indicate monthly gross amount:
 (Fuente(s) de ingreso familiar (marque todas las que apliquen) e indique la cantidad bruta mensual):

- Employment** \$ _____ **(Monthly Gross Amount)**
 (Empleo) (Cantidad mensual bruta)
- Social Security** \$ _____ **(Monthly Gross Amount)**
 (Seguro Social) (Cantidad mensual bruta)
- SSI/Disability** \$ _____ **(Monthly Gross Amount)**
 (SSI/Incapacidad) (Cantidad mensual bruta)
- Public Assistance** \$ _____ **(Monthly Gross Amount)**
 (Asistencia Pública) (Cantidad mensual bruta)
- Other:** _____ \$ _____ **(Monthly Gross Amount)**
 (Otro:) (Cantidad mensual bruta)

Does client or anyone in the house have a physical disability? **Yes (Sí)** **No (No)** **(Please ✓)** (Favor ✓)
 (¿Tiene el cliente o alguna otra persona en la casa una incapacidad física?)

Does client reside in the property? **Yes (Sí)** **No (No)** **(Please ✓)** (Favor ✓)
 (¿Vive el cliente en la propiedad?)

Client is (El cliente es): **Owner (Dueño)** **Renter (Inquilino)** **(Please ✓)** (Favor ✓)

Does client own any other property? **Yes (Sí)** **No (No)** **(Please ✓)** (Favor ✓)
 (¿Es dueño el cliente de alguna otra propiedad?)

Describe Work Needed (Describa el trabajo necesario):

Please complete form and mail to PHDC at the above address. Please retain a copy for your records.

(Favor de llenar el formulario y enviarlo a PHDC por correo a la dirección indicada en el encabezado. Favor de guardar copia para sus archivos)