



OIC OF WASHINGTON REGISTRATION

815 Fruitvale Boulevard, Yakima, WA 98902
P: 509-248-6751 | F: 509-575-0482

Please fill out the form & email it to navigators@yvoic.org or feel free to print it out & drop it off at any of our locations.

APPLICANT INFORMATION

Name: _____ Gender: Male Female Other

Date of Birth (MM/DD/YYYY): _____ Age: _____ Phone Number: _____

Current Address: _____

City, State, Zip: _____ Household Size: _____

INCOME/HOUSING INFORMATION

INCOME SOURCE: Income is defined as: wages, salary, commissions, bonuses, or tips from all jobs; self-employment income from own nonfarm businesses or farm business, including proprietorships and partnerships; interest, dividends, net rental income, royalty income, or income from estates and trusts; Social Security or railroad retirement; supplemental security income (SSI); any public assistance or welfare payments from state or local welfare office; retirement survivor, or disability pensions.

Employment Full-Time Employment Part-Time Unemployment SSI No Income
 SSA Pension/Retirement TANF Season Farmworker Other: _____

HOUSEHOLD ANNUAL INCOME:

\$0-\$16,988 \$16,989 - \$22,888 \$22,889 - \$28,788 \$28,789 - \$34,688 \$34,689 - \$40,588
 \$40,589 - \$46,488 \$46,489 - \$52,388 \$52,389 - \$58,288 \$58,289 - \$64,188 \$64,189 - \$70,088
 \$70,089 - \$75,988 \$75,989 - \$81,888 \$81,889+

HOUSING:

Rent Own Homeless Other: _____

The below is optional information:

ETHNICITY:

Hispanic or Latino or Spanish Origin NOT Hispanic or Latino or Spanish Origin

RACE:

White Black/African American Native Hawaiian & Pacific Islander Multi-Race (two or more)
 Asian American Indian American Indian or Alaska Native Other: _____

MILITARY STATUS:

Veteran Active Duty Dependent of Veteran Unknown Not Applicable

HEALTH INSURANCE:

Medicaid Employer Issued Military Not Insured
 Medicare State Insurance Direct Purchase Unknown

FAMILY TYPE:

Single Parent Female Single Parent Male Two Adults no Children Two Parent Household
 Multigenerational Household Single Person Other: _____

HOUSEHOLD MEMBER INFORMATION

Household Member Information				Medical		Adults ONLY	
Name	DOB MM/DD/YYYY	Age	Gender M/F/O	Disabled	Health Insurance	Veteran Active	Highest Education Level Completed

By signing below, I certify that the information provided on this form is correct to the best of my knowledge and that failure to disclose household or assets could be considered a criminal offence.

Signature of Applicant: _____ Date: _____
Signature of Parent, Guardian, or Witness _____ Date: _____
(if applicant is under 18): _____



OIC OF WASHINGTON REGISTRATION

815 Fruitvale Boulevard, Yakima, WA 98902
P: 509-248-6751 | F: 509-575-0482

PROGRAM INFORMATION

Please select which service(s) you are interested in:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Senior Programs | <input type="checkbox"/> Youth Education & Training | <input type="checkbox"/> Money Management |
| <input type="checkbox"/> Afterschool Programs | <input type="checkbox"/> Career Readiness Skills | <input type="checkbox"/> Financial Planning |
| <input type="checkbox"/> Sports & Recreation | <input type="checkbox"/> Work Experience/Internship | <input type="checkbox"/> Emergency Services |
| <input type="checkbox"/> Summer Programs | <input type="checkbox"/> Assistance filling out FAFSA | <input type="checkbox"/> Energy Assistance |
| <input type="checkbox"/> Mentorship | <input type="checkbox"/> Migrant Seasonal Farmworkers Programs | <input type="checkbox"/> Weatherization of Home |
| <input type="checkbox"/> Basic Skills Development | <input type="checkbox"/> Small/BIPOC Business Development | <input type="checkbox"/> Home Rehabilitation Loan Program |
| <input type="checkbox"/> GED Programs | <input type="checkbox"/> Mortgage Counseling | <input type="checkbox"/> Support Services for Veteran Families |
| <input type="checkbox"/> Adult Education & Training | <input type="checkbox"/> Homeownership Counseling | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

Release for Media Recording (Optional):

I, the undersigned, to hereby consent and agree that OIC of Washington, its employees or agents have my permission to take photographs, videotapes, or digital recordings of me to use these in any and all media, now or hereafter known and exclusively for the purpose of OIC of Washington. I further consent that my name and identity may be revealed therein or by descriptive text or commentary.

I do hereby release to OIC of Washington, its agents, and employees all rights to exhibit this work in print and electronic form publicly or privately and to market and sell copies. I waive any rights, claims, or interest I may have to control the use of my identity or likeness in whatever media used.

I understand that there will be no financial or other remuneration for recording me, either for initial or subsequent transmission or playback.

I also understand that OIC of Washington is not responsible for any expense or liability incurred as a result of my participation in this recording, including medical expenses due to any sickness or injury incurred as a result.

I represent that I am at least 18 years of age. (If younger than 18 years old, a guardian, teacher or supervisor witness signature is also required).

I have read and understand the foregoing statement, and I am competent to execute this agreement freely and without duress.

Release for Media Recording (Please Select One): Yes No

Signature: _____

Signature of Parent, Guardian, or Witness
(if applicant is under 18): _____



Authorization for Release of Information

Registrant Name: _____
Social Security Number: _____

I, _____ authorize employers, schools and other service providers to release information to _____ and their contractor, OIC of Washington in order to assist them in providing me with services including training, employment, relocation assistance and/or follow-up services.

I further authorize the _____ and their contractor to place my program application and information in a common data bank, which shall be accessible by other service agencies providing applicable services.

I authorize the _____ and their contractor to have access to wage and employment information from my employers and through the Unemployment Insurance System. The use of this information shall be for the purpose of planning and providing me with services and meeting program standards.

This release takes effect upon the date of signature below, and will remain in effect for up to one year after my exit from the program. I understand that this information will be kept confidential as defined by federal, state, and local regulations. I also understand that I can withdraw this release of information at any time by submitting a written request to _____ or their contractor.

Registrant Signature

Date

Parent/Guardian Signature (if registrant is under age 18)

Date

Contractor Representative Signature

Date



REGISTRACION DE OIC DE WASHINGTON

815 Fruitvale Boulevard, Yakima, WA 98902
P: 509-248-6751 | F: 509-575-0482

Please fill out the form & email it to navigators@yvoic.org or feel free to print it out & drop it off at any of our locations.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre: _____ Género: Hombre Mujer Otro

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ Edad: _____ Número de teléfono: _____

Dirección actual: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____ Tamaño del hogar: _____

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS/VIVIENDA

FUENTE DE INGRESOS: Los ingresos se definen como: sueldos, salarios, comisiones, bonificaciones o propinas de todos los trabajos; ingresos de trabajo por cuenta propia de negocios propios no agrícolas o negocios agrícolas, incluidas las propiedades y sociedades; intereses, dividendos, ingresos netos por alquiler, ingresos por regalías o ingresos de sucesiones y fideicomisos; Seguro Social o jubilación ferroviaria; Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI); cualquier asistencia pública o pagos de bienestar de la oficina de bienestar estatal o local; jubilación de sobrevivientes, o pensiones de invalidez.

Empleo tiempo completo Empleo tiempo parcial Desempleo Trabajador agrícola de temporada Sin ingresos
 SSA Pensión/Jubilación TANF SSI Otro: _____

INGRESO ANUAL DEL HOGAR:

\$0-\$16,988 \$16,989 - \$22,888 \$22,889 - \$28,788 \$28,789 - \$34,688 \$34,689 - \$40,588
 \$40,589 - \$46,488 \$46,489 - \$52,388 \$52,389 - \$58,288 \$58,289 - \$64,188 \$64,189 - \$70,088
 \$70,089 - \$75,988 \$75,989 - \$81,888 \$81,889+

VIVIENDA:

Alquilar Dueño Sin hogar Otro: _____

Lo siguiente es información opcional:

ORIGEN ÉTNICO:

Origen hispano o latino o español NO es hispano o latino o de origen español

RAZA:

Blanco Afroamericano Nativo de Hawái e isleño del Pacífico Multi-Raza (dos o más)
 Asiático Nativo Americano Indígena americano o nativo de Alaska Otro: _____

ESTATUS MILITAR:

Veterano Servicio activo Dependiente de veterano Desconocido No aplicable

SEGURO MÉDICO:

Medicaid Seguro por el empleador Militar No asegurado
 Medicare Seguro Estatal Compra Directa Desconocido

TIPO FAMILIAR:

Mujer monoparental Hombre monoparental Dos adultos sin niños Hogar biparental
 Hogar multigeneracional Persona soltera Otro: _____

INFORMACIÓN PARA MIEMBROS DEL HOGAR

Información para miembros del hogar				Médical		Solo ADULTOS	
Nombre	Fecha de Nacimiento MM/DD/YYYY	Edad	Género H/M/O	Deshabilitado	Seguro de salud	Veterano Activo	Nivel Educativo más Alto Completado

Al firmar a continuación, certifico que la información proporcionada en este formulario es correcta a mi leal saber y entender y que la falta de divulgación del hogar o los bienes podría considerarse un delito penal.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Firma del padre, tutor o testigo
(Si el solicitante es menor de 18 años): _____

Fecha: _____



REGISTRACION DE OIC DE WASHINGTON

815 Fruitvale Boulevard, Yakima, WA 98902
P: 509-248-6751 | F: 509-575-0482

INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

Seleccione qué servicio(s) le interesa:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Programas para Adultos Mayores | <input type="checkbox"/> Programas de GED | <input type="checkbox"/> Asesoría Hipotecaria |
| <input type="checkbox"/> Programas extracurriculares | <input type="checkbox"/> Educación y entrenamiento juvenil | <input type="checkbox"/> Administración del dinero |
| <input type="checkbox"/> Deportes y Recreación | <input type="checkbox"/> Habilidades de preparación profesional | <input type="checkbox"/> Planificación Financiera |
| <input type="checkbox"/> Programas de verano | <input type="checkbox"/> Experiencia Laboral/Pasantía | <input type="checkbox"/> Servicios de emergencia |
| <input type="checkbox"/> Tutoría | <input type="checkbox"/> Asistencia para llenar FAFSA | <input type="checkbox"/> Asistencia Energética |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo de habilidades básicas | <input type="checkbox"/> Desarrollo de Negocios Pequeños/BIPOC | <input type="checkbox"/> Climatización del hogar |
| <input type="checkbox"/> Programas de Trabajadores Agrícolas Temporales Migrantes | <input type="checkbox"/> Programa de Préstamos para la Rehabilitación de Viviendas | |
| <input type="checkbox"/> Servicios de apoyo para familias de Veteranos | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Autorización de Grabación Multimedia (opcional):

Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento y acepto que OIC of Washington, sus empleados o agentes tienen mi permiso para tomar fotografías, cintas de video o grabaciones digitales de mí para usarlas en cualquier medio, ahora o en el futuro conocido y exclusivamente para el propósito de OIC de Washington. Además, doy mi consentimiento para que mi nombre e identidad se revelen en el mismo o por un texto descriptivo o un comentario.

Por la presente libero a la OIC de Washington, sus agentes y empleados todos los derechos para exhibir este trabajo en forma impresa y electrónica pública o privadamente y para comercializar y vender copias. Renuncio a cualquier derecho, reclamo o interés que pueda tener para controlar el uso de mi identidad o semejanza en cualquier medio utilizado.

Entiendo que no habrá ninguna remuneración financiera o de otro tipo por grabarme, ya sea para la transmisión o reproducción inicial o posterior.

También entiendo que OIC de Washington no es responsable de ningún gasto o responsabilidad en que se incurra como resultado de mi participación en esta grabación, incluidos los gastos médicos debido a cualquier enfermedad o lesión en que se incurra como resultado.

Declaro que tengo al menos 18 años. (Si es menor de 18 años, también se requiere la firma de un testigo del tutor, maestro o supervisor).

He leído y entiendo la declaración anterior, y soy competente para ejecutar este acuerdo libremente y sin coacción.

Autorización de grabación multimedia (Por favor, seleccione uno): Sí No

Firma: _____
Firma del padre, tutor o testigo
(Si el solicitante es menor de 18 años): _____



Autorización para la divulgación de información

Nombre del registrante: _____

Número de Seguro Social: _____

Yo, _____ autorizar a los empleadores, escuelas y otros proveedores de servicios a divulgar información a _____ y su contratista, OIC de Washington, para ayudarlos a brindarme servicios que incluyen entrenamiento, empleo, asistencia de reubicación y / o servicios de seguimiento.

Yo, autorizo además el _____ y su contratista para colocar mi aplicación y información en un banco de datos común, al que podrán acceder otras agencias de servicios que presten los servicios aplicables.

Yo, autorizo el _____ y su contratista para tener acceso a la información salarial y de empleo de mis empleadores y a través del Sistema de Seguro de Desempleo. El uso de esta información tendrá el propósito de planificar y proporcionarme servicios y cumplir con los estándares del programa.

Esta autorización entra en vigencia en la fecha de firma a continuación, y permanecerá vigente hasta un año después de mi salida del programa. Entiendo que esta información se mantendrá confidencial según lo definido por las regulaciones federales, estatales y locales. También entiendo que puedo retirar esta divulgación de información en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a _____ o su contratista.

Firma del registrante

Fecha

Firma del padre/tutor (si el solicitante de registro es menor de 18 años)

Fecha

Firma del representante del contratista

Fecha