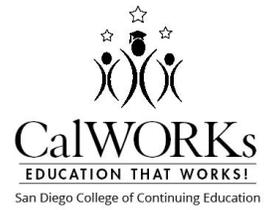




# San Diego College of Continuing Education CalWORKs Intake Application



**Information d'Etudiant:**

Name (Nom) \_\_\_\_\_ (Prénom) \_\_\_\_\_ Student ID(# de la carte d'étudiant) \_\_\_\_\_

Address (Adresse) \_\_\_\_\_ Date(date) \_\_\_\_\_

Email (Adresse electronic) \_\_\_\_\_ Contact Phone (Telephone) \_\_\_\_\_

Case #(# de case) \_\_\_\_\_ Gender (le genre):  Female ( femelle)  Male (male)  Transgender (Transgenres)

Marital Status (Etat civil):  Single (célibataire)  Married (marie, mariée)  Separated (séparé, séparée)  Divorced ( Divorce, Divorcee)

Who is receiving Cash Aid? (Qui reçoit une aide en espèces?)  You (vous?)  Children (Enfants) How many children on Cash

Aid? (Combien d'enfants reçoivent une aide en espèces?) \_\_\_\_\_

<b>Child's Gender (Sexe des enfants)</b>	M (Male)/ F (Femelle)							
<b>Child's Age (Age des enfants)</b>								

What is your educational goal? (Quel votre objective d'éducation?)

Are you a previous CalWORKs Participant? (Etait vous un ancien participant CalWORKs?)  Yes (Oui)  No (No)

If Yes, where? (Si oui, ou?) \_\_\_\_\_

I have attended other colleges? (J'ai fréquenté un autre collège?)  Yes (oui)  No (No) Where (Ou?) \_\_\_\_\_

I graduated high school/ Earned my GED (J'ai obtenu mon diplôme d'études secondaires)  Yes (Oui)  No (No)

Have you taken the ESL assessment test? (Avez-vous passé le test d'évaluation ESL?)  Yes (Oui)  No (No)

Have you attended the SDCCE? (Avez-vous assisté l'orientation SDCCE?)  Yes (Oui)  No (No)

Have you completed an Educational Plan with a Counselor? (Avez-vous terminé un plan éducatif avec un conseiller?)  Yes (Oui)  No (No)

Are you enrolled in SDCCE? (Etes vous inscrit a SDCCE?)  Yes (Oui)  No (No) What class/program (Quelle classe/programme?)

English is my first language (L'anglais est ma première langue).  Yes (oui) If not (No es Ma première langue est)

Are you receiving DSPS services? (Recevez-vous des services DSPS?)  Yes (Oui)  No (No) Or Other Program Services (Ou autre programme?) \_\_\_\_\_

**Welfare-To-Work Information: (Information sur le bien-être au travail)**

PCG Office Location (**Emplacement du bureau de PCG**): \_\_\_\_\_

Employment Case Manager/ETA Name (**Gestionnaire de cas d'emploi/ Nom de l'ETA**): \_\_\_\_\_

Email (**Adresse électronique**): \_\_\_\_\_

I have a Welfare-To-Work Plan with the County? (**J'ai le bien-être pour travailler avec comte?**) Yes (**oui**)  No (**No**)

Are you Exempt from WTW activities? (**Etes-vous exclu des activités de WTW CalWORKs**) Yes (**Oui**)  No (**No**)

*Which of the following applies to you? (**Lequel des énoncés suivants applique à vous?**) Please mark one (**Veillez en cocher une**). Ask the Front desk staff if you are not sure (**Demandez au personnel de la reception si vous n'êtes pas sur**).*

Self-Initiated Participant (SIP) (**Participant auto-initié**)

Self-Referral (**Auto-référence**)

County Referral (**Reference du Comte**)

Volunteer Exempt Participant (**Participant exempté de bénévolat**)

**Employment Information: (Information d'Emploi):**

Are you employed? (**Etes vous employé?**) Yes (**oui**)  No (**No**)

If not, would you like a CalWORKs work-study application? (**Si no, aimeriez-vous une application de travail etudes CalWORKs?**) Yes (**oui**)  No (**No**)

Employer Name (**Nom de l'employeur**): \_\_\_\_\_

Employee Address (**Adresse de l'employé**): \_\_\_\_\_ Job Title (**Profession**): \_\_\_\_\_

Hourly Wage (**Salaire horaire**): \$ \_\_\_\_\_

Phone (**Telephone**): \_\_\_\_\_

Hours per Week (**Heures par semaine**): \_\_\_\_\_



# Programme CalWORKs

## San Diego College of Continuing Education

### AUTORISATION DE COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

---

Nom (en caractères d'imprimerie)

Date de naissance

---

Numéro de dossier CalWORKs

J'autorise par la présente San Diego College of Continuing Education à divulguer des informations aux agences suivantes sur la base du besoin de savoir:

Gestionnaire de dossier d'emploi (ECM ou AGENCE ETA)

Agence de la santé et des services sociaux (travailleur social, travailleur admissible)

J'autorise également l'agence de la santé et des Services Humanitaire et ses agences contractuelles à remplir les formulaires suivants et à en diffuser des copies au programme CalWORKs de San Diego College of Continuing Education.

HSA 27-114 Formulaire de référence / copie du plan de bien-être au travail / Certification de l'agence / Formulaire de revenu non imposé / Avis d'action en cours ou CalWin

Autre

---

---

Signature de l'élève

Date