

Miembros adicionales del hogar

<p>Apellido: _____ Nombre de pila: _____</p> <p>* Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ (aaaa / mm / dd) ¿Estimado? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N</p> <p>* Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> No revelado</p> <p>* Relación con el miembro de HH primario: <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> niño <input type="checkbox"/> hermano <input type="checkbox"/> nieto <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> Otro Pariente <input type="checkbox"/> Novio / Novia <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Socio de derecho común <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> No revelado <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>* Etnicidad (Marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Blanco / Anglo <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Árabe Americano <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Negro / afroamericano <input type="checkbox"/> Americano indio / nativo americano <input type="checkbox"/> No revelado <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Aleut / Esquimal <input type="checkbox"/> N / A</p> <p>* Auto-se identifica como: <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo <input type="checkbox"/> veterano <input type="checkbox"/> Evacuado <input type="checkbox"/> N / A <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No revelado <input type="checkbox"/> Enfermedad mental <input type="checkbox"/> posparto <input type="checkbox"/> embarazada <input type="checkbox"/> amamantamiento</p>	<p>Apellido: _____ Nombre de pila: _____</p> <p>* Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ (aaaa / mm / dd) ¿Estimado? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N</p> <p>* Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> No revelado</p> <p>* Relación con el miembro de HH primario: <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> niño <input type="checkbox"/> hermano <input type="checkbox"/> nieto <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> Otro Pariente <input type="checkbox"/> Novio / Novia <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Socio de derecho común <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> No revelado <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>* Etnicidad (Marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Blanco / Anglo <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Árabe Americano <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Negro / afroamericano <input type="checkbox"/> Americano indio / nativo americano <input type="checkbox"/> No revelado <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Aleut / Esquimal <input type="checkbox"/> N / A</p> <p>* Auto-se identifica como: <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo <input type="checkbox"/> veterano <input type="checkbox"/> Evacuado <input type="checkbox"/> N / A <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No revelado <input type="checkbox"/> Enfermedad mental <input type="checkbox"/> posparto <input type="checkbox"/> embarazada <input type="checkbox"/> amamantamiento</p>	<p>Apellido: _____ Nombre de pila: _____</p> <p>* Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ (aaaa / mm / dd) ¿Estimado? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N</p> <p>* Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> No revelado</p> <p>* Relación con el miembro de HH primario: <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> niño <input type="checkbox"/> hermano <input type="checkbox"/> nieto <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> Otro Pariente <input type="checkbox"/> Novio / Novia <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Socio de derecho común <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> No revelado <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>* Etnicidad (Marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Blanco / Anglo <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Árabe Americano <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Negro / afroamericano <input type="checkbox"/> Americano indio / nativo americano <input type="checkbox"/> No revelado <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Aleut / Esquimal <input type="checkbox"/> N / A</p> <p>* Auto-se identifica como: <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo <input type="checkbox"/> veterano <input type="checkbox"/> Evacuado <input type="checkbox"/> N / A <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No revelado <input type="checkbox"/> Enfermedad mental <input type="checkbox"/> Posparto <input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> Amamantamiento</p>
---	---	---