



County of Santa Cruz



HEALTH SERVICES AGENCY Environmental Health Division

701 Ocean St. Room 312, Santa Cruz, CA 95060
(831) 454-2022 TDD/ TTY: Call 711
www.scceh.org

MEHKO HOME EVALUATION ASSISTANCE REQUEST FORM *(Solicitud para Asistencia para la Evaluación de Vivienda para MEHKO)*

FOR INTERNAL USE ONLY <i>(Solo para uso interno)</i>		
NAME OF OPERATION <i>(Nombre de la Operación)</i>		FOR OFFICE USE
MEHKO ADDRESS <i>(Dirección de la Operación)</i>		REC DATE
CITY <i>(Ciudad)</i>	STATE <i>(Estado)</i>	ZIP <i>(Código Postal)</i>
OWNER/ APPLICANT <i>(Nombre del Dueño)</i>		
PHONE <i>(Teléfono)</i>	E-MAIL <i>(Correo Electrónico)</i>	

REQUIRED-CHECK ALL THAT APPLY <i>(Requerido- Marque lo que aplica)</i>	
<input type="checkbox"/> I am a renter <i>(Estoy rentando)</i>	<input type="checkbox"/> I am the homeowner <i>(Soy el dueño de la vivienda)</i>
<input type="checkbox"/> This will be a woman owned operation <i>(La dueña de la operación es una mujer)</i>	<input type="checkbox"/> I am receiving financial assistance from this organization for the MEHKO business <i>(Estoy recibiendo asistencia financiera de esta organización para mi negocio de MEHKO):</i>
<input type="checkbox"/> The operator identifies as LGBTQ <i>(El operador identifica como LGBTQ)</i>	_____
	<input type="checkbox"/> I have a GED or high school diploma <i>(Tengo un GED o diploma de secundaria)</i>

OPTIONAL <i>(Opcional)</i>	
Ethnicity <i>(Etnicidad)</i> <input type="checkbox"/> White/ Caucasian <i>(Blanco/ Caucasico)</i> <input type="checkbox"/> Asian <i>(Asiático)</i> <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Pacific Islander <i>(Nativo de Hawaii o Isleno del Pacifico)</i> <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <i>(Hispano o Latino)</i> <input type="checkbox"/> African or African American <i>(Africano o Afro-Americano)</i> <input type="checkbox"/> Native American <i>(Indigena)</i> <input type="checkbox"/> Two or More <i>(Dos o mas)</i> <input type="checkbox"/> Other <i>(Otro)</i> <input type="checkbox"/> Unknown <i>(Desconocido)</i> <input type="checkbox"/> Prefer not to say <i>(Prefiero no decir)</i>	Annual Income <i>(Ingresos anuales)</i> \$ _____ Type of Family <i>(Tipo de Familia)</i> <input type="checkbox"/> 1 Adult <i>(1 Adulto)</i> <input type="checkbox"/> 1 Adult, 1 Preschooler, 1 School- aged Child <i>(1 Adulto, 1 Niño pre-enscolar, 1 Niño escolar)</i> <input type="checkbox"/> 1 Adult, 1 School Aged Child, 1 Teenager <i>(1 Adulto, 1 Niño pre-enscolar, 1 Joven)</i> <input type="checkbox"/> 2 Adults <i>(2 Adultos)</i> <input type="checkbox"/> 2 Adults, 1 Infant <i>(2 Adultos, 1 Infante)</i> <input type="checkbox"/> 2 Adults, 1 Infant, 1 Pre-schooler <i>(2 Adultos, 1 Infante, 1 Niño pre-escolar)</i> <input type="checkbox"/> 2 Adults, 1 Pre-schooler, 1 School-aged child <i>(2 Adultos, 1 Niño pre-escolar, 1 Niño escolar)</i> <input type="checkbox"/> 2 Adults, 1 Pre-schooler, 2 School-aged children <i>(2 Adultos, 1 Niño pre-escolar, 2 Niños escolares)</i> <input type="checkbox"/> 2 Adults, 1 School-aged child, 1 Teenager <i>(2 Adultos, 1 Niño escolar, 1 Joven)</i>
Gender <i>(Genero)</i> <input type="checkbox"/> Female <i>(Mujer)</i> <input type="checkbox"/> Male <i>(Hombre)</i> <input type="checkbox"/> Transgender <i>(Transgenera)</i> <input type="checkbox"/> Nonbinary <i>(No binario)</i> <input type="checkbox"/> Other <i>(Otro)</i> <input type="checkbox"/> Prefer not to say <i>(Prefiero no decir)</i>	

I certify under penalty of perjury that the foregoing is true and correct. I am aware that I may be liable for the benefit amount should the REQUIRED information above is found to be inaccurate.

Certifico bajo pena de perjurio que la información proporcionada es correcta y verdadera. Estoy consciente que tendré que regresar cualquier beneficio si la información REQUERIDA de la aplicación es incorrecta.

SIGNATURE OF REQUESTING PARTY: _____ DATE: _____
(Firma del Solicitante) (Fecha)

APPROVED BY: _____ EHS DATE: _____