

Formulario de admisión de clientes

Nombre* _____ Fecha de nacimiento o edad* _____
Primero Medio Último Sufijo

DIRECCIÓN* _____ Apartamento/Lote _____

Ciudad* _____ Estado* _____ Código postal* _____ Condado _____ Sin dirección fija

Correo electrónico _____ Ok para contactar

Teléfono* _____ Ok para contactar Sin teléfono

Miembros del hogar*

<u>Primero</u>	<u>Medio</u>	<u>Último</u>	<u>Edad o fecha de nacimiento</u>	<u>Género</u>	<u>Carrera</u>

¿Alguien en su hogar recibe actualmente SNAP o cupones de alimentos*?

Sí No Prefiero no responder

Otros programas gubernamentales* (marque todos los que correspondan):

- Las familias primero Mujeres, bebés y niños (WIC)
- Ingreso de seguridad suplementario Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI) o Pagos por Incapacidad
- Seguro médico del estado Seguro de enfermedad
- Comidas escolares gratuitas o a precio reducido Programa de asistencia energética para hogares de bajos ingresos (LIHEAP)
- Seguridad Social Desempleo
- Asistencia para veteranos No sé/Prefiero no responder
- Ninguno Vivienda pública

Ingresos (llene sólo uno)*:

Semanal: _____ Mensual: _____ Anual: _____

Certifico que he compartido voluntariamente la información anterior, cumplo con las pautas de ingresos mensuales y/o necesito asistencia alimentaria.

Firma* _____

Información requerida del jefe de familia:

- Género*: Masculino Femenino Transgénero Transgénero
 no binario Género no conforme Ninguno de esos
 No sé/Prefiero no responder

- Carrera*: Blanco Hispano, latino o español Negro o afroamericano asiático
 Indio americano o nativo de Alaska Medio Oriente o Norte de África
 Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico Alguna otra raza o etnia
 No sé/Prefiero no responder

Sólo Personal:

Servicios prestados: _____

Notas adicionales:

