Nombre:_____

Dirección:_____

Condado:_____

Número de teléfono:_____o cellular_____

Entiendo que recibo alimentos del USDA de los programas de alimentos TEFAP y / o CSFP que se me requiere.

para proporcionar identificación y prueba de residencia.

___ Sí ___ No

Entiendo que recibo alimentos del USDA de los programas de alimentos TEFAP y / o CSFP que se me requieren.

para declarar con precisión los ingresos de mi hogar y el tamaño del hogar para determinar la elegibilidad en estos

Programas:

___ Sí ___ No

Entiendo que declarar y/o proporcionar CUALQUIER información personal adicional es estrictamente voluntario y no es un requisito para recibir alimentos del USDA.

___ Sí ___ No

Doy mi consentimiento para proporcionar esta información adicional fuera de los requisitos del Programa.

___ Sí ___ No

Firma del cliente/Fecha

_____

_____

Coordinador(a) del programa /Fecha

EFO Afiliacioni

INFORMACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA

NOMBRE: _____ APELLIDO:_____

FECHA DE NACIMIENTO:_____

DIRECCIÓN:_____

CIUDAD:_____ ESTADO: ____ CÓDIGO POSTAL:_____ CONDADO:_____

NÚMERO DE TELÉFONO: ____CELULAR O CASA (MARQUE CON UN CÍRCULO UNO

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: ____

GÉNERO: MASCULINO____ FEMENINA: ____

ETNICO(A): CAUCASIA AMERICANA___ ASIATICA___ AFRICANA ___

ORIENTE MEDIO ___ NATIVO AMERICANO ___ OTROS ___

EDUCACIÓN: UNIVERSIDAD ___ ESCUELA SECUNDARIA- INCOMPLETA ___

GRADUADO DE LA ESCUELA ___

EMPLEO: TIEMPO COMPLETO ___ TIEMPO PARCIAL ____ DESEMPLEADO ____

ESTADO CIVIL: CASADO(A)___ DIVORCIADO(A) ___ SOLTERO(A) ___

BENEFICIOS DEL GOBIERNO RECIBIDOS: CUPONES DE ALIMENTOS ___ MEDICAID ___

MEDICARE ___ BENEFICIOS SOCIALES PARA VETERANOS DE SECURTIY___ ___ WIC__

OTRO: CHECK ALL THAT APPLY

EN RIESGO DE QUEDARSE SIN HOGAR ___ DISCAPACITADO ___ SIN HOGAR ___

INGRESOS: QUÉ TIPO DE INGRESO RECIBE ____ MENSUAL

CANTIDAD_____

GASTOS: ALQUILER/HIPOTECA _____ UTILIDADES ____ TELÉFONO: _____

INFORMACIÓN PARA MIEMBROS DEL HOGAR

MIEMBRO 1:

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO:_____

GÉNERO: MASCULINO ____ FEMENINA____

ETNICA(O): CAUCASIA AMERICANA(O)___ ASIATICO(A)___ AFRICANA(O) ___

ORIENTE MEDIO ___ NATIVO AMERICANO(A) ___ OTROS ___

RELACIÓN CON EL JEFE DE FAMILIA: _____

MIEMBRO 2:

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO:_____

GÉNERO: MASCULINO ____ FEMENINA____

ETNICA(O): CAUCASIA AMERICANA(O)___ ASIATICO(A)___ AFRICANA(O) ___

ORIENTE MEDIO ___ NATIVO AMERICANO(A) ___ OTROS ___

RELACIÓN CON EL JEFE DE FAMILIA: _____

MIEMBRO 3:

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO:_____

GÉNERO: MASCULINO ____ FEMENINA____

ETNICA(O): CAUCASIA AMERICANA(O)___ ASIATICO(A)___ AFRICANA(O) ___

ORIENTE MEDIO ___ NATIVO AMERICANO(A) ___ OTROS ___

RELACIÓN CON EL JEFE DE FAMILIA: _____

MIEMBRO 4:

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO:_____

GÉNERO: MASCULINO ____ FEMENINA____

ETNICA(O): CAUCASIA AMERICANA(O)___ ASIATICO(A)___ AFRICANA(O) ___

ORIENTE MEDIO ___ NATIVO AMERICANO(A) ___ OTROS ___

RELACIÓN CON EL JEFE DE FAMILIA: _____

MIEMBRO 5:

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO:_____

GÉNERO: MASCULINO ____ FEMENINA____

ETNICA(O): CAUCASIA AMERICANA(O)___ ASIATICO(A)___ AFRICANA(O) ___

ORIENTE MEDIO ___ NATIVO AMERICANO(A) ___ OTROS ___

RELACIÓN CON EL JEFE DE FAMILIA: ____

FORMULARIO DE REPRESENTACIÓN

AUTORIZADO PARA RECOGER/PROXY 1:

FECHA DE HOY: _____

NOMBRE:_____

PROXY 2:

FECHA DE HOY: _____

NOMBRE:_____

PROXY 3:

FECHA DE HOY: _____

NOMBRE:_____