



Formulario general para el uso del programa informático Link2Feed

Información general

Fecha en que visitó al banco de alimentos por primera vez _____

* Apellido: _____ * Primer nombre: _____

* Fecha de nacimiento: _____/_____/____ ¿estimada? Y N

*** Género:**

Masculino Femenino Transexual no revela

*** Estado civil:**

Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a
 Concubinato Separado/a no proporciona información

* Dirección: _____ Dirección (segundo renglón): _____

* Condado: _____

* Ciudad: _____ * Estado: _____ * Código postal: _____

No tiene domicilio fijo

*** Tipo de vivienda:**

Refugio de emergencia/
centro de acogida Vivienda pública (asistencia social) Sin vivienda
 Con parientes/amigos Otro
 Evacuado Casa/refugio para menores
 Casa propia información no proporcionada
 Vivienda alquilada motel

Dirección de correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____

¿Prefiere comunicarse en inglés? Sí No O, ¿qué idioma prefiere?: _____

*** Referido por:**

Un anuncio Escuela
 Iglesia u organización sin fines de lucro Servicios sociales
 No se aplica, ya formaba parte del programa No sabe/no comparte
 Internet Se enteró por otras personas

*** Grupo étnico:**

blanco y/o anglosajón asiático otro
 negro y/o afroamericano nativo de Alaska, aleut o eskimal no proporciona información
 hispano y/o latino del medio oriente o norafricano
 aborígen americano y/o nativo de las América de la islas pacíficas

*** Se considera (a sí mismo como):**

discapacitado refugiado embarazada no aplicable
 nuevo inmigrante evacuado en posparto no proporciona info
 veterano sufre de una enfermedad mental lactando

Formulario general para el uso del programa informático Link2Feed (viene de la página anterior)

Perfil de información		
* Educación:		
<input type="checkbox"/> Grados 0-8	<input type="checkbox"/> Terciario	<input type="checkbox"/> Posgrado o Master
<input type="checkbox"/> Grados 9-11	<input type="checkbox"/> Escuela de oficio/acreditación profesional	<input type="checkbox"/> Doctorado
<input type="checkbox"/> Diploma de la escuela secundaria	<input type="checkbox"/> 2 años de estudio universitarios	
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> 4 años de estudio universitarios	<input type="checkbox"/> no proporciona información
* Tipo de empleo (actualmente):		
<input type="checkbox"/> Ningún	<input type="checkbox"/> estudiante (que ya ha completado el secundario)	<input type="checkbox"/> no proporciona información
<input type="checkbox"/> Militar	<input type="checkbox"/> tiempo completo	<input type="checkbox"/> otro
<input type="checkbox"/> varios tipos de trabajos	<input type="checkbox"/> medio tiempo	<input type="checkbox"/> jubilado

Ingresos mensuales y beneficios para el jefe/a de familia		
* Fuentes de ingreso (marque todas las que correspondan y anote el monto que gana el jefe/a de la familia)		
<input type="checkbox"/> no hay ingresos		
<input type="checkbox"/> empleo de tiempo completo \$ _____ por mes	<input type="checkbox"/> Jubilación	\$ _____ por mes
<input type="checkbox"/> empleo de medio tiempo \$ _____ por mes	<input type="checkbox"/> Seguro social	\$ _____ por mes
<input type="checkbox"/> otros ingresos \$ _____ por mes	<input type="checkbox"/> SSI/SSDI	\$ _____ por mes
TOTAL MENSUAL \$ _____		
*Otros beneficios que recibe el jefe o la jefa de la familia:		
<input type="checkbox"/> Asistencia para familias con menores dependientes "AFDC"	<input type="checkbox"/> Almuerzos escolares reducidos o gratuitos	<input type="checkbox"/> Asistencia para el alquiler de vivienda Sección 8
<input type="checkbox"/> Asistencia para personas ciegas o discapacitadas	<input type="checkbox"/> Headstart (programa preescolar)	<input type="checkbox"/> Por discapacidad relacionada al servicio militar
<input type="checkbox"/> Cobertura de salud para niños "CHIP"	<input type="checkbox"/> Asistencia para el combustible y energía para hogares de bajos ingresos "LIHEAP"	<input type="checkbox"/> Programa de asistencia nutricional suplementaria "SNAP"
<input type="checkbox"/> Programa suplementario de alimentos básicos "CSFP"	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Asistencia temporal para familias necesitadas "TANF"
	<input type="checkbox"/> Programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, bebés y niños "WIC"	

Consideraciones alimentarias para todos miembros del hogar			
<input type="checkbox"/> Cardíacos	<input type="checkbox"/> Kosher	<input type="checkbox"/> Puerco	<input type="checkbox"/> Vegano
<input type="checkbox"/> Diabético	<input type="checkbox"/> Bajo sodio	<input type="checkbox"/> Mariscos	<input type="checkbox"/> Vegetariano
<input type="checkbox"/> Huevo	<input type="checkbox"/> Leche	<input type="checkbox"/> Sésamo	<input type="checkbox"/> Trigo
<input type="checkbox"/> Fruta	<input type="checkbox"/> MSG	<input type="checkbox"/> Soja	
<input type="checkbox"/> Gluten	<input type="checkbox"/> Maní/cacahuete	<input type="checkbox"/> Sulfito	
<input type="checkbox"/> Halal		<input type="checkbox"/> Nueces	<input type="checkbox"/> Otro

Formulario general para el uso del programa informático Link2Feed. Por favor complete una hoja con los datos de cada miembro del hogar.

Nombre del jefe o jefa de la familia: _____

* Apellido: _____ * Primer nombre: _____	
* Fecha de nacimiento: ____/____/____ ¿estimada? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
* Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> no revela	
* Relación: <input type="checkbox"/> esposo/a <input type="checkbox"/> hijo/a <input type="checkbox"/> padre/madre <input type="checkbox"/> hermano/a <input type="checkbox"/> nieto/a <input type="checkbox"/> abuelo/a <input type="checkbox"/> otro pariente <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> novio/a <input type="checkbox"/> pareja (concubinato) <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> compañero/a de vivienda <input type="checkbox"/> no proporciona información	
* Grupo étnico: <input type="checkbox"/> blanco y/o anglosajón <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> negro y/o afroamericano <input type="checkbox"/> nativo de Alaska, aleut o esquimal <input type="checkbox"/> no proporciona información <input type="checkbox"/> hispano y/o latino <input type="checkbox"/> del medio oriente o norafricano <input type="checkbox"/> aborígen americano y/o nativo de las América <input type="checkbox"/> de las islas pacíficas	
* Se considera (a sí mismo como): <input type="checkbox"/> discapacitado <input type="checkbox"/> refugiado <input type="checkbox"/> embarazada <input type="checkbox"/> no aplicable <input type="checkbox"/> nuevo inmigrante <input type="checkbox"/> evacuado <input type="checkbox"/> en posparto <input type="checkbox"/> no proporciona información <input type="checkbox"/> veterano <input type="checkbox"/> sufre de una enfermedad mental <input type="checkbox"/> lactando	
* Fuentes de ingreso (marque todas las que correspondan y anote el monto que gana el jefe/a de la familia)	
<input type="checkbox"/> no hay ingresos	
<input type="checkbox"/> empleo de tiempo completo \$ _____ por mes	<input type="checkbox"/> Jubilación \$ _____ por mes
<input type="checkbox"/> empleo de medio tiempo \$ _____ por mes	<input type="checkbox"/> Seguro social \$ _____ por mes
<input type="checkbox"/> otros ingresos \$ _____ por mes	<input type="checkbox"/> SSI/SSDI \$ _____ por mes TOTAL
MENSUAL \$ _____	
* Otros beneficios que recibe el jefe o la jefa de la familia:	
<input type="checkbox"/> Asistencia para familias con menores dependientes "AFDC"	<input type="checkbox"/> Almuerzos escolares reducidos o gratuitos
<input type="checkbox"/> Asistencia para personas ciegas o discapacitadas	<input type="checkbox"/> Headstart (programa preescolar)
<input type="checkbox"/> Cobertura de salud para niños "CHIP"	<input type="checkbox"/> Asistencia para el combustible y energía para hogares de bajos ingresos "LIHEAP"
<input type="checkbox"/> Programa suplementario de alimentos básicos "CSFP"	<input type="checkbox"/> Medicaid
	<input type="checkbox"/> Programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, bebés y niños "WIC"
	<input type="checkbox"/> Asistencia para el alquiler de vivienda Sección 8
	<input type="checkbox"/> Por discapacidad relacionada al servicio militar
	<input type="checkbox"/> Programa de asistencia nutricional suplementaria "SNAP"
	<input type="checkbox"/> Asistencia temporal para familias necesitadas "TANF"
* Apellido: _____ * Primer nombre: _____	
* Fecha de nacimiento: ____/____/____ ¿estimada? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
* Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> no revela	
* Relación: <input type="checkbox"/> esposo/a <input type="checkbox"/> hijo/a <input type="checkbox"/> padre/madre <input type="checkbox"/> hermano/a <input type="checkbox"/> nieto/a <input type="checkbox"/> abuelo/a <input type="checkbox"/> otro pariente <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> novio/a <input type="checkbox"/> pareja (concubinato) <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> compañero/a de vivienda <input type="checkbox"/> no proporciona información	
* Grupo étnico: <input type="checkbox"/> blanco y/o anglosajón <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> negro y/o afroamericano <input type="checkbox"/> nativo de Alaska, aleut o esquimal <input type="checkbox"/> no proporciona información <input type="checkbox"/> hispano y/o latino <input type="checkbox"/> del medio oriente o norafricano <input type="checkbox"/> aborígen americano y/o nativo de las América <input type="checkbox"/> de las islas pacíficas	
* Se considera (a sí mismo como): <input type="checkbox"/> discapacitado <input type="checkbox"/> refugiado <input type="checkbox"/> embarazada <input type="checkbox"/> no aplicable <input type="checkbox"/> nuevo inmigrante <input type="checkbox"/> evacuado <input type="checkbox"/> en posparto <input type="checkbox"/> no proporciona información <input type="checkbox"/> veterano <input type="checkbox"/> sufre de una enfermedad mental <input type="checkbox"/> lactando	
* Fuentes de ingreso (marque todas las que correspondan y anote el monto que gana el jefe/a de la familia)	
<input type="checkbox"/> no hay ingresos	
<input type="checkbox"/> empleo de tiempo completo \$ _____ por mes	<input type="checkbox"/> Jubilación \$ _____ por mes
<input type="checkbox"/> empleo de medio tiempo \$ _____ por mes	<input type="checkbox"/> Seguro social \$ _____ por mes
<input type="checkbox"/> otros ingresos \$ _____ por mes	<input type="checkbox"/> SSI/SSDI \$ _____ por mes TOTAL
MENSUAL \$ _____	
* Otros beneficios que recibe el jefe o la jefa de la familia:	
<input type="checkbox"/> Asistencia para familias con menores dependientes "AFDC"	<input type="checkbox"/> Almuerzos escolares reducidos o gratuitos
<input type="checkbox"/> Asistencia para personas ciegas o discapacitadas	<input type="checkbox"/> Headstart (programa preescolar)
<input type="checkbox"/> Cobertura de salud para niños "CHIP"	<input type="checkbox"/> Asistencia para el combustible y energía para hogares de bajos ingresos "LIHEAP"
<input type="checkbox"/> Programa suplementario de alimentos básicos "CSFP"	<input type="checkbox"/> Medicaid
	<input type="checkbox"/> Programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, bebés y niños "WIC"
	<input type="checkbox"/> Asistencia para el alquiler de vivienda Sección 8
	<input type="checkbox"/> Por discapacidad relacionada al servicio militar
	<input type="checkbox"/> Programa de asistencia nutricional suplementaria "SNAP"
	<input type="checkbox"/> Asistencia temporal para familias necesitadas "TANF"

Formulario general para el uso del programa informático Link2Feed. Por favor complete una hoja con los datos de cada miembro del hogar.

* Apellido: _____ * Primer nombre: _____	
* Fecha de nacimiento: ____/____/____ ¿estimada? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
* Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> no revela	
* Relación: <input type="checkbox"/> esposo/a <input type="checkbox"/> hijo/a <input type="checkbox"/> padre/madre <input type="checkbox"/> hermano/a <input type="checkbox"/> nieto/a <input type="checkbox"/> abuelo/a <input type="checkbox"/> otro pariente <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> novio/a <input type="checkbox"/> pareja (concubinato) <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> compañero/a de vivienda <input type="checkbox"/> no proporciona información	
* Grupo étnico: <input type="checkbox"/> blanco y/o anglosajón <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> negro y/o afroamericano <input type="checkbox"/> nativo de Alaska, aleut o esquimal <input type="checkbox"/> no proporciona información <input type="checkbox"/> hispano y/o latino <input type="checkbox"/> del medio oriente o norafricano <input type="checkbox"/> aborigen americano y/o nativo de las América <input type="checkbox"/> de las islas pacíficas	
* Se considera (a sí mismo como): <input type="checkbox"/> discapacitado <input type="checkbox"/> refugiado <input type="checkbox"/> embarazada <input type="checkbox"/> no aplicable <input type="checkbox"/> nuevo inmigrante <input type="checkbox"/> evacuado <input type="checkbox"/> en posparto <input type="checkbox"/> no proporciona información <input type="checkbox"/> veterano <input type="checkbox"/> sufre de una enfermedad mental <input type="checkbox"/> lactando	
* Fuentes de ingreso (marque todas las que correspondan y anote el monto que gana el jefe/a de la familia)	
<input type="checkbox"/> no hay ingresos	
<input type="checkbox"/> empleo de tiempo completo \$ _____ por mes	<input type="checkbox"/> Jubilación \$ _____ por mes
<input type="checkbox"/> empleo de medio tiempo \$ _____ por mes	<input type="checkbox"/> Seguro social \$ _____ por mes
<input type="checkbox"/> otros ingresos \$ _____ por mes	<input type="checkbox"/> SSI/SSDI \$ _____ por mes TOTAL
MENSUAL \$ _____	
* Otros beneficios que recibe el jefe o la jefa de la familia:	
<input type="checkbox"/> Asistencia para familias con menores dependientes "AFDC"	<input type="checkbox"/> Almuerzos escolares reducidos o gratuitos
<input type="checkbox"/> Asistencia para personas ciegas o discapacitadas	<input type="checkbox"/> Headstart (programa preescolar)
<input type="checkbox"/> Cobertura de salud para niños "CHIP"	<input type="checkbox"/> Asistencia para el combustible y energía para hogares de bajos ingresos "LIHEAP"
<input type="checkbox"/> Programa suplementario de alimentos básicos "CSFP"	<input type="checkbox"/> Medicaid
	<input type="checkbox"/> Programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, bebés y niños "WIC"
	<input type="checkbox"/> Asistencia para el alquiler de vivienda Sección 8
	<input type="checkbox"/> Por discapacidad relacionada al servicio militar
	<input type="checkbox"/> Programa de asistencia nutricional suplementaria "SNAP"
	<input type="checkbox"/> Asistencia temporal para familias necesitadas "TANF"
* Apellido: _____ * Primer nombre: _____	
* Fecha de nacimiento: ____/____/____ ¿estimada? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
* Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> no revela	
* Relación: <input type="checkbox"/> esposo/a <input type="checkbox"/> hijo/a <input type="checkbox"/> padre/madre <input type="checkbox"/> hermano/a <input type="checkbox"/> nieto/a <input type="checkbox"/> abuelo/a <input type="checkbox"/> otro pariente <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> novio/a <input type="checkbox"/> pareja (concubinato) <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> compañero/a de vivienda <input type="checkbox"/> no proporciona información	
* Grupo étnico: <input type="checkbox"/> blanco y/o anglosajón <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> negro y/o afroamericano <input type="checkbox"/> nativo de Alaska, aleut o esquimal <input type="checkbox"/> no proporciona información <input type="checkbox"/> hispano y/o latino <input type="checkbox"/> del medio oriente o norafricano <input type="checkbox"/> aborigen americano y/o nativo de las América <input type="checkbox"/> de las islas pacíficas	
* Se considera (a sí mismo como): <input type="checkbox"/> discapacitado <input type="checkbox"/> refugiado <input type="checkbox"/> embarazada <input type="checkbox"/> no aplicable <input type="checkbox"/> nuevo inmigrante <input type="checkbox"/> evacuado <input type="checkbox"/> en posparto <input type="checkbox"/> no proporciona información <input type="checkbox"/> veterano <input type="checkbox"/> sufre de una enfermedad mental <input type="checkbox"/> lactando	
* Fuentes de ingreso (marque todas las que correspondan y anote el monto que gana el jefe/a de la familia)	
<input type="checkbox"/> no hay ingresos	
<input type="checkbox"/> empleo de tiempo completo \$ _____ por mes	<input type="checkbox"/> Jubilación \$ _____ por mes
<input type="checkbox"/> empleo de medio tiempo \$ _____ por mes	<input type="checkbox"/> Seguro social \$ _____ por mes
<input type="checkbox"/> otros ingresos \$ _____ por mes	<input type="checkbox"/> SSI/SSDI \$ _____ por mes TOTAL
MENSUAL \$ _____	
* Otros beneficios que recibe el jefe o la jefa de la familia:	
<input type="checkbox"/> Asistencia para familias con menores dependientes "AFDC"	<input type="checkbox"/> Almuerzos escolares reducidos o gratuitos
<input type="checkbox"/> Asistencia para personas ciegas o discapacitadas	<input type="checkbox"/> Headstart (programa preescolar)
<input type="checkbox"/> Cobertura de salud para niños "CHIP"	<input type="checkbox"/> Asistencia para el combustible y energía para hogares de bajos ingresos "LIHEAP"
<input type="checkbox"/> Programa suplementario de alimentos básicos "CSFP"	<input type="checkbox"/> Medicaid
	<input type="checkbox"/> Programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, bebés y niños "WIC"
	<input type="checkbox"/> Asistencia para el alquiler de vivienda Sección 8
	<input type="checkbox"/> Por discapacidad relacionada al servicio militar
	<input type="checkbox"/> Programa de asistencia nutricional suplementaria "SNAP"
	<input type="checkbox"/> Asistencia temporal para familias necesitadas "TANF"