



Center
for
People
in
Need

Programa de Alimentos del Vecindario
Neighborhood FOOD Program
Spanish



Solicitud inicial: Se debe actualizar esta planilla sólo si alguno de sus datos ha

cambiado.

(Initial Application: Once you have filled this form out you will only need to update if your information has changed)

Por favor escriba en letra de molde (Please Print)

Nombre: _____ Apellido _____ Num. de seguro: _____
(los últimos 4 números)

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Etnia: Por favor marque

- Caucásico (Caucasian) Hispano-Latino (Latino-Hispanic)
 Asiático (Asian) African-americano (African American)
 Oriente Medio (Middle Eastern) Indígena, nativo de las Américas (Native American)
 Multi-Bi Etnia (Multi-Bi-Ethnicity) Refugiado (Refugee) Otro (Other)

¿Hablas inglés? Sí No ¿Qué idiomas habla usted? _____

¿Es usted sin hogar?: Sí No

¿Tiene seguro de salud?: Sí No

¿Tienen sus niños seguro de salud?: Sí No

¿Están inscritos sus niños en: Kids Connection _____ Otro seguro _____

¿Recibe Ud. cupones para obtener comida (Food Stamps)? Sí No Si no, ¿ha aplicado Ud.?: Sí No

¿Recibe TANF (ADC)? Si No ¿Es usted un cliente de Arbor?: Sí No
(asistencia temporal para familias necesitadas) (el proyecto de empleo)

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado: NE Código Postal: _____

¿Cuántos viven en su hogar? _____ ¿Cuánto es su ingreso mensual? _____

¿Tiene trabajo? Sí No El trabajo es: Tiempo completo _____ Part time _____

Aparte de usted mismo, ¿hay otra persona en su casa que trabaja? Sí No

El trabajo es: Tiempo completo _____ Part time _____

Número de hombres de 19 años y mayores: _____

Número de mujeres de 19 años y mayores: _____

Por favor ponga en la lista todos que viven en su casa: (Utilice el otro lado de la hoja para agregar a más personas)

Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Num. de seguro _____	Hombre _____	Mujer _____
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Num. de seguro _____	Hombre _____	Mujer _____
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Num. de seguro _____	Hombre _____	Mujer _____
Nombre _____	Fecha de nacimiento _____	Num. de seguro _____	Hombre _____	Mujer _____