



Center
for
People
in
Need



Neighborhood FOOD Program

Центр Для Людей в Нужде

Russian

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

Please Print

Name of Head of Household: _____

Имя главы семьи _____

Address: _____

Адрес _____

City: _____ **State:** NE **Zip Code:** _____

Город _____ Штат _____ Почтовый код _____

Social Security Number: _____

Social Security # _____

Total Number in Household: _____ **Household Yearly Income:** _____

Количество проживающих с вами _____

Ваш общий годовой доход _____

Number of Adults 19 years of age and over Male _____ Female _____

Количество проживающих с вами взрослых 19ти лет выше _____

Number of Children ages 0-18 years of age: Male _____ Female _____

Количество проживающих с вами детей 0-18 лет муж. пола _____ жен. пола _____

Ethnicity: Please Check

_____ **Caucasian**

_____ **Latino-Hispanic**

_____ **Asian**

_____ **African American**

_____ **Middle Eastern**

_____ **Native American**

