



CFPIN Services Application

Client ID: _____
 Date: _____
 Entered By: _____

Xin vui lòng điền này ra hoàn toàn. Một khi bạn đã điền này ra, bạn chỉ cần điền đơn một lần nữa nếu có bất kỳ thay đổi

Tiêu đề <small>(Title)</small>	Họ (Last Name)	Trung Tên (Middle Name)	Tên (First Name)	Suffix <small>(Suffix)</small>	Ngày Sinh (Date Of Birth)
SSN (SSN)	Giống (Gender)	Địa chỉ đường phố (Street Address)			
Mã Zip (Zip Code)	Điện thoại (Phone Number)	Địa chỉ email (Email Address)		Cấp độ (Education Level)	

Dân tộc (Kiểm tra tất cả các áp dụng)

African American (African American) <input type="checkbox"/>	Châu Á (Asian) <input type="checkbox"/>	Caucasian (Caucasian) <input type="checkbox"/>	Latino/Hispanic (Latino/Hispanic) <input type="checkbox"/>	Dân tộc khác (Ethnic Other)
Trung Đông (Middle Eastern) <input type="checkbox"/>	Nhiều người dân tộc (Multi_Ethnic) <input type="checkbox"/>	Native American (Native American) <input type="checkbox"/>	Hawaii / Thái Bình Dương (Hawaiian_Pacific Islander) <input type="checkbox"/>	Tị nạn (Refugee) <input type="checkbox"/>
Nói tiếng Anh (Speak English) -- C <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> na <input type="checkbox"/>		Ngôn ngữ khác (Language Other) _____		

Thông tin khác

Hiện nay Homeless (Currently Homeless) -- C <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> na <input type="checkbox"/>				
Không có bảo hiểm y tế (Health Insurance No) <input type="checkbox"/>	Bảo hiểm y tế Medicaid (Health Insurance Medicaid) <input type="checkbox"/>	Bảo hiểm y tế tư nhân (Health Insurance Private) <input type="checkbox"/>	G.A. (Health Insurance GA) <input type="checkbox"/>	
Bảo hiểm Y tế Trẻ em N/A (Children Health Insurance NA) <input type="checkbox"/>	Trẻ em không có bảo hiểm y tế (Children Health Insurance No) <input type="checkbox"/>	Trẻ em bảo hiểm y tế Medicaid (Children Health Insurance Medicaid) <input type="checkbox"/>	Trẻ em Trẻ em Connection (Children Health Insurance KC) <input type="checkbox"/>	Trẻ em Private Health Insurance (Children Health Insurance Private) <input type="checkbox"/>
Nhận Food Stamps (Food Stamps Receive) -- C <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> na <input type="checkbox"/>		Áp dụng Food Stamps (Food Stamps Applied) -- C <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> na <input type="checkbox"/>		Khi áp dụng Food Stamps (Food Stamps When Applied) _____
Nhận trợ cấp TANF (TANF Receive) -- C <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> na <input type="checkbox"/>		Áp dụng TANF (TANF Applied) -- C <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> na <input type="checkbox"/>		Khi ứng dụng TANF (TANF When Applied) _____
Khách hàng hiện tại Arbor (Current Arbor Client) -- C <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> na <input type="checkbox"/>		CFPIN Arbor Khách hàng (CFPIN Arbor) -- C <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> na <input type="checkbox"/>		Cựu Arbor Khách hàng (Former Arbor Client) -- C <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> na <input type="checkbox"/>
Làm thế nào người trong gia đình của bạn? (Number in Household)			Hộ gia đình có thu nhập hàng tháng của bạn là gì? (Household Income)	
Toàn thời gian làm việc (Employed FT) <input type="checkbox"/>	Bán thời gian làm việc (Employed PT) <input type="checkbox"/>	Thất nghiệp (Unemployed) <input type="checkbox"/>	Những người khác trong gia đình của bạn làm việc (Others Employed) <input type="checkbox"/>	

Xin danh sách tất cả các thành viên trong gia đình

Họ	Tên	Ngày sinh	SSN (5 xin vui lòng)	Giới tính
_____ <small>(FM1 Last Name)</small>	_____ <small>(FM1 First Name)</small>	_____ <small>(FM1 DOB)</small>	_____ <small>(FM1 SSN)</small>	Đ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
_____ <small>(FM2 Last Name)</small>	_____ <small>(FM2 First Name)</small>	_____ <small>(FM2 DOB)</small>	_____ <small>(FM2 SSN)</small>	Đ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
_____ <small>(FM3 Last Name)</small>	_____ <small>(FM3 First Name)</small>	_____ <small>(FM3 DOB)</small>	_____ <small>(FM3 SSN)</small>	Đ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
_____ <small>(FM4 Last Name)</small>	_____ <small>(FM4 First Name)</small>	_____ <small>(FM4 DOB)</small>	_____ <small>(FM4 SSN)</small>	Đ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
_____ <small>(FM5 Last Name)</small>	_____ <small>(FM5 First Name)</small>	_____ <small>(FM5 DOB)</small>	_____ <small>(FM5 SSN)</small>	Đ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
_____ <small>(FM6 Last Name)</small>	_____ <small>(FM6 First Name)</small>	_____ <small>(FM6 DOB)</small>	_____ <small>(FM6 SSN)</small>	Đ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
_____ <small>(FM7 Last Name)</small>	_____ <small>(FM7 First Name)</small>	_____ <small>(FM7 DOB)</small>	_____ <small>(FM7 SSN)</small>	Đ <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>

Nếu bạn có các thành viên trong gia đình nhiều hơn, hãy cho họ danh sách ở phía bên kia của giấy này và kiểm tra ở đây

Chữ kí (Signature) _____ Ngày hôm nay (Signature Date) _____
 Bằng việc ký tên, tôi ủy quyền cho Trung tâm Đối với nhân dân Trọng Cần phải tiết lộ thông tin nhận dạng cơ bản về bản thân mình và người thân của tôi cũng như các dịch vụ được nhận các dịch vụ khác của con người cơ quan trong khu vực. Bạn có thể thu hồi giấy phép này bất cứ lúc nào. Từ chối đăng ký không loại ra bạn hay gia đình của bạn từ dịch vụ tiếp nhận từ Trung tâm Đối với nhân dân Trọng Cần

. Trung tâm của thực phẩm Chương trình được thực hiện trong quan hệ đối tác với các thực phẩm Lincoln Ngân hàng