



Número de personas en el hogar: _____

Registro Primario

*Apellido: _____ *Nombre: _____

*Fecha de Nacimiento: ____/____/____ (mm/dd/aaaa)

*Genero: Masculino Femenino Transgénero No se preguntó Desconoce Prefiere no responder

* Estado Civil: Soltero/a Casado/a Unión libre Divorciado/a Separado/a Viudo/a
 No se preguntó Desconoce Prefiere no responder

* Dirección: _____

Dirección (Linea 2 – Apt, Lote or Unidad): _____ *Condado: _____

* Ciudad: _____ * Estado: _____ * Código Postal: _____

Sin respuesta Prefiere no responder

* Tipo de vivienda: (Elija una)

Albergue de Emergencia Alquilado No se preguntó
 Evacuado Otro Desconoce
 Desalojado/sin hogar Con Familia/amistades Prefiere no responder
 Casa propia

* Referido por:

Anuncio escolar Cliente actual Folleto en puerta Folleto/Horario Empleado del banco de comida
 Amigo o miembro de familia Periódico/ Radio/ TV Post Card Medios sociales/ Website Otro _____

* Grupo Étnico:

Aleutiano-Esquimo Negro/afroamericano Asiático de las islas del Pacífico No se preguntó
 Indígena norteamericano Hispano/Latino Caucásico/Anglosajón Desconoce
 Asiático Medio Oriente / África del Norte Otro Prefiere no responder

* Se declara como veterano?: Si No No se preguntó Desconoce Prefiere no responder

* Algún miembro de la familia está recibiendo el programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP)?:

Si No No se preguntó Desconoce Prefiere no responder

* Tiene alguna Discapacidad?: Si No No se preguntó Desconoce Prefiere no responder

* Algún miembro de la familia está recibiendo alguno de los siguientes beneficios: (elija todo los que aplican)

Comidas escolares gratis o precio reducido Asistencia Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)
 Programa de Asistencia de Energía (LiHeap) Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) - Deshabilitado
 Medicaid Asistencia Temporal para Familias (TAN)
 Ninguna

* Total de ingresos mensuales en su hogar: **Cantidad mensual:** \$ _____

Información adicional para miembros del hogar

Complete una línea de información para cada miembro adicional del hogar, incluyendo esposos, niños, padres, nietos, hermanos, o cualquier otra persona que pertenezca al núcleo familiar o vivienda. Por favor no se vuelva a enumerar.

Nombre (Primero y Apellido)	Fecha de Nacimiento mm/dd/aaaa	Sexo	Relación con usted	Grupo Étnico	Se identifica como Veterano:	Tiene algún tipo de discapacidad:
1.					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se preguntó <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> Prefiere no	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se preguntó <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> Prefiere no
2.					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se preguntó <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> Prefiere no	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se preguntó <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> Prefiere no
3.					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se preguntó <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> Prefiere no	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se preguntó <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> Prefiere no
4.					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se preguntó <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> Prefiere no	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se preguntó <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> Prefiere no
5.					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se preguntó <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> Prefiere no	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se preguntó <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> Prefiere no
6.					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se preguntó <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> Prefiere no	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se preguntó <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> Prefiere no
7.					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se preguntó <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> Prefiere no	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se preguntó <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> Prefiere no