



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: (elijá 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 | Sexo | Relación con usted | Grupo Étnico | Se identifica como Veterano:  | Tiene algún tipo de discapacidad:   |
|-----------------------------|---------------------|------|--------------------|--------------|---|---|
| 1.                          |                     |      |                    |              | <input type="checkbox"/> Si<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No se preguntó<br><input type="checkbox"/> Desconoce<br><input type="checkbox"/> Prefiere no | <input type="checkbox"/> Si<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No se preguntó<br><input type="checkbox"/> Desconoce<br><input type="checkbox"/> Prefiere no |
| 2.                          |                     |      |                    |              | <input type="checkbox"/> Si<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No se preguntó<br><input type="checkbox"/> Desconoce<br><input type="checkbox"/> Prefiere no | <input type="checkbox"/> Si<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No se preguntó<br><input type="checkbox"/> Desconoce<br><input type="checkbox"/> Prefiere no |
| 3.                          |                     |      |                    |              | <input type="checkbox"/> Si<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No se preguntó<br><input type="checkbox"/> Desconoce<br><input type="checkbox"/> Prefiere no | <input type="checkbox"/> Si<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No se preguntó<br><input type="checkbox"/> Desconoce<br><input type="checkbox"/> Prefiere no |
| 4.                          |                     |      |                    |              | <input type="checkbox"/> Si<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No se preguntó<br><input type="checkbox"/> Desconoce<br><input type="checkbox"/> Prefiere no | <input type="checkbox"/> Si<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No se preguntó<br><input type="checkbox"/> Desconoce<br><input type="checkbox"/> Prefiere no |
| 5.                          |                     |      |                    |              | <input type="checkbox"/> Si<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No se preguntó<br><input type="checkbox"/> Desconoce<br><input type="checkbox"/> Prefiere no | <input type="checkbox"/> Si<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No se preguntó<br><input type="checkbox"/> Desconoce<br><input type="checkbox"/> Prefiere no |
| 6.                          |                     |      |                    |              | <input type="checkbox"/> Si<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No se preguntó<br><input type="checkbox"/> Desconoce<br><input type="checkbox"/> Prefiere no | <input type="checkbox"/> Si<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No se preguntó<br><input type="checkbox"/> Desconoce<br><input type="checkbox"/> Prefiere no |
| 7.                          |                     |      |                    |              | <input type="checkbox"/> Si<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No se preguntó<br><input type="checkbox"/> Desconoce<br><input type="checkbox"/> Prefiere no | <input type="checkbox"/> Si<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No se preguntó<br><input type="checkbox"/> Desconoce<br><input type="checkbox"/> Prefiere no |