



## Registro Primario

**1 Consentimiento para la recopilación de datos:**  Yes<sup>1</sup>  No<sup>2</sup> **Número de personas en el hogar<sup>3</sup>:** \_\_\_\_\_

**2 Apellido (Last Name)<sup>1</sup>:** \_\_\_\_\_ **Nombre (First Name)<sup>2</sup>:** \_\_\_\_\_

**3 Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)  Fecha de Nacimiento Estimada

**4 Genero:**  Femenino<sup>1</sup>  Masculino<sup>2</sup>  No se preguntó<sup>3</sup>  Transgénero<sup>4</sup>  Desconoce<sup>5</sup>  Prefiere no responder<sup>6</sup>

**5 Estado Civil:**  Unión libre<sup>1</sup>  Separado/a<sup>4</sup>  No se preguntó<sup>7</sup>  
 Divorciado/a<sup>2</sup>  Soltero/a<sup>5</sup>  Desconoce<sup>8</sup>  
 Casado/a<sup>3</sup>  Viudo/a<sup>6</sup>  Prefiere no responder<sup>9</sup>

**6 Dirección<sup>1</sup>:** \_\_\_\_\_

Dirección (Línea 2 – Apt, Lote or Unidad)<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_ **Ciudad<sup>3</sup>:** \_\_\_\_\_

**7 Condado<sup>4</sup>:** \_\_\_\_\_ **\* Estado<sup>5</sup>:** \_\_\_\_\_ **Código Postal<sup>6</sup>:** \_\_\_\_\_

Sin respuesta<sup>7</sup>  Prefiere no responder<sup>8</sup>

**8 Tipo de vivienda:** (Elija una)

Albergue de Emergencia<sup>1</sup>  Vivienda Pública (Social)<sup>5</sup>  Otro<sup>9</sup>  
 Evacuado<sup>2</sup>  Desalojado/sin hogar<sup>6</sup>  No se preguntó<sup>10</sup>  
 Casa propia<sup>3</sup>  Con Familia/amistades<sup>7</sup>  Desconoce<sup>11</sup>  
 Alquilado<sup>4</sup>  Hogar Juvenil / Refugio<sup>8</sup>  Prefiere no responder<sup>12</sup>

**9a Correo electrónico:** \_\_\_\_\_ **10a Número de teléfono de la casa<sup>1</sup>:** \_\_\_\_\_

**9b Idioma(s) preferido(s):** \_\_\_\_\_ **10b Número de teléfono móvil<sup>2</sup>:** \_\_\_\_\_

**11 Referido por:**

Anuncio escolar<sup>1</sup>  Cliente actual<sup>4</sup>  Folleto en puerta<sup>7</sup>  
 Folleto/Horario<sup>2</sup>  Empleado del banco de comida<sup>5</sup>  Amigo o miembro de familia<sup>8</sup>  
 Periódico/ Radio/ TV<sup>3</sup>  Post Card<sup>6</sup>  Medios sociales/ Website<sup>9</sup>  Otro<sup>10</sup> \_\_\_\_\_

**12 Grupo Étnico: (elijá todo los que aplican)**

Aleutiano-Esquimo<sup>1</sup>  Hispano/Latino<sup>5</sup>  No se preguntó<sup>9</sup>  
 Indígena norteamericano<sup>2</sup>  Medio Oriente / África del Norte<sup>6</sup>  Desconoce<sup>10</sup>  
 Asiático<sup>3</sup>  Asiático de las islas del Pacífico<sup>7</sup>  Prefiere no responder<sup>11</sup>  
 Negro/afroamericano<sup>4</sup>  Caucásico/Anglosajón<sup>8</sup>

**13 Se declara como veterano ?:**  Si<sup>1</sup>  No<sup>2</sup>  No se preguntó<sup>3</sup>  Desconoce<sup>4</sup>  Prefiere no responder<sup>5</sup>

**14 Tiene alguna Discapacidad?:**  Si<sup>1</sup>  No<sup>2</sup>  No se preguntó<sup>3</sup>  Desconoce<sup>4</sup>  Prefiere no responder<sup>5</sup>

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

No<sup>1</sup>  Si<sup>2</sup>  No se preguntó<sup>3</sup>  Desconoce<sup>4</sup>  Prefiere no responder<sup>5</sup>

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

Comidas escolares gratis o precio reducido<sup>1</sup>  Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) – Deshabilitado<sup>5</sup>  Desconoce<sup>9</sup>  
 Programa de Asistencia de Energía (LiHeap)<sup>2</sup>  Asistencia Temporal para Familias (TANF)<sup>6</sup>  Ninguna<sup>10</sup>  
 Medicaid<sup>3</sup>  Otra Beneficios<sup>7</sup>  Prefiere no responder<sup>11</sup>  
 Asistencia Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)<sup>4</sup>  No se preguntó<sup>8</sup>

**17 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 INCLUYA EN LA LISTA.**

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