

LINK2FEED FORMULARIO DE ADMISION

¡BIENVENIDOS! ESTE FORMULARIO LO INSCRIBIRÁ EN EL SISTEMA DE CLIENTES DE LINK2FEED Y AYUDARÁ A HACER SUS FUTURAS VISITAS MÁS RÁPIDAS. PROMETEMOS MANTENER SU INFORMACIÓN SEGURA Y PROTEGIDA.

Apellido/s: _____ Nombre/s: _____

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

Identidad de género:	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Transgénero	<input type="checkbox"/> Otro
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Ley común	<input type="checkbox"/> Divorciado/a
	<input type="checkbox"/> Separado/a	<input type="checkbox"/> Viuda/o		

Dirección: _____ Sin dirección fija

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Cuál es su situación de vivienda actual?	<input type="checkbox"/> Refugio de Emergencia /Misión/Transitorio	<input type="checkbox"/> Refugiada/o	<input type="checkbox"/> Dueño de su vivienda	<input type="checkbox"/> Aquila un hogar
	<input type="checkbox"/> Vivienda Pública/Social	<input type="checkbox"/> Sección 8	<input type="checkbox"/> Sin Hogar	<input type="checkbox"/> Con familia o amigos
	<input type="checkbox"/> Albergue juvenil o Centro de alojamiento temporal			

Número telefónico: _____ Recomendado por: _____

¿Qué idioma(s) se habla(n) en su hogar?: _____

¿Cuál es su origen étnico?	<input type="checkbox"/> Blanco/Anglo	<input type="checkbox"/> Negro(a)/ Afroestadounidense	<input type="checkbox"/> Hispano/latino	<input type="checkbox"/> Indio estadounidense/Nativo o estadounidense
	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/Aleut/Esquimal	<input type="checkbox"/> Mediorienta/norteafricano	<input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico
	<input type="checkbox"/> Otro: _____			

¿Se identifica como alguno de los siguientes?	<input type="checkbox"/> Persona con una discapacidad	<input type="checkbox"/> Confinado en casa	<input type="checkbox"/> Veterano	<input type="checkbox"/> N/A (Ninguno)
--	---	--	-----------------------------------	--

Educación:	<input type="checkbox"/> Grados 0-8	<input type="checkbox"/> Grados 9-11	<input type="checkbox"/> Diploma Escuela Secundaria	<input type="checkbox"/> GED
	<input type="checkbox"/> Alguna educación post-secundaria	<input type="checkbox"/> Escuela de Comercio/Acreditación Profesional	<input type="checkbox"/> Diploma de 2 años	<input type="checkbox"/> Diploma de 4 años
	<input type="checkbox"/> Licenciatura Superior		<input type="checkbox"/> PhD	

¿Cuál es su tipo de ingreso?	<input type="checkbox"/> Manutención infantil	<input type="checkbox"/> Asistencia por alguna discapacidad	<input type="checkbox"/> Trabajo de tiempo completo	<input type="checkbox"/> estudiante de secundaria	<input type="checkbox"/> Sin ingreso
	<input type="checkbox"/> Otros Ingresos	<input type="checkbox"/> Trabajo de medio tiempo	<input type="checkbox"/> Jubilación o pensión	<input type="checkbox"/> Empleo estacional	
	<input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Asistencia social (Seguridad de Ingreso Suplementario-SSI)	<input type="checkbox"/> Seguro social	<input type="checkbox"/> Desempleo	

Ingresos Mensuales	\$ _____	<input type="checkbox"/> Ninguno
---------------------------	----------	----------------------------------

¿Recibes SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
---	-----------------------------	-----------------------------

¿Su hogar recibe actualmente cualquiera de los siguientes? (Seleccione todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Ayuda a discapacitados necesitados (AND)	<input type="checkbox"/> Ayuda a los Ciegos (AB)	<input type="checkbox"/> Programa Suplementario de Productos Básicos (CSFP)	<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia para la Energía de Hogares de Bajos Ingresos (LEAP)
	<input type="checkbox"/> Jubilación (OAP)	<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF/POWER)	

Miembros adicionales de la unidad familiar

Incluya cada persona con quien comparte este alimento a continuación.

Apellido:	Nombre:	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Relación con el cliente(a)	¿Cuál es el origen étnico de esa persona?	¿Discapacidad?	¿Veterano?

¿Alguna persona de su hogar tiene consideraciones dietéticas? (Seleccione todo lo que corresponda)	Alergia o sensibilidad	<input type="checkbox"/> Huevos	<input type="checkbox"/> Gluten/Trigo	<input type="checkbox"/> Leche	<input type="checkbox"/> Maní	<input type="checkbox"/> Cerdo
		<input type="checkbox"/> Mariscos	<input type="checkbox"/> Soya	<input type="checkbox"/> Nueces de árbol		
	Dietary Concerns:	<input type="checkbox"/> Diabético	<input type="checkbox"/> Bajo contenido de sodio	<input type="checkbox"/> Vegano	<input type="checkbox"/> Vegetariano	<input type="checkbox"/> Pescetariano
	Religious Observance:	<input type="checkbox"/> Halal		<input type="checkbox"/> Kosher		
	Barriers:	<input type="checkbox"/> Equipo de cocina limitado o inexistente		<input type="checkbox"/> Sin refrigeración		
Otro:	Otro: _____					

Encuentre asistencia alimentaria adicional en foodbankrockies.org/food

Si desea obtener más información sobre SNAP, envíe un correo electrónico fbrsnap@foodbankrockies.org o llame al 303-375-5851. Hablamos español.