

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: Femenino Masculino Transgénero Otro

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Ley común Divorciado/a
 Separado/a Viuda/o

Dirección: _____ Sin dirección fija

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Cuál es su situación de vivienda actual? Refugio de Emergencia /Misión/Transitorio Refugiada/o Dueño de su vivienda Aquila un hogar
 Vivienda Pública/Social Sección 8 Sin Hogar Con familia o amigos
 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? Blanco/Anglo Negro(a)/ Afroestadounidense Hispano/latino Indio estadounidense/Nativo o estadounidense
 Asiático Nativo de Alaska/Aleut/Esquimal Mediorienta/norteafricano Isleño del Pacífico
 Otro: _____

¿Se identifica como alguno de los siguientes? Persona con una discapacidad Confinado en casa Veterano N/A (Ninguno)

Educación: Grados 0-8 Grados 9-11 Diploma Escuela Secundaria GED
 Alguna educación post-secundaria Escuela de Comercio/Acreditación Profesional Diploma de 2 años Diploma de 4 años
 Licenciatura Superior PhD

¿Cuál es su tipo de ingreso? Manutención infantil Asistencia por alguna discapacidad Trabajo de tiempo completo estudiante de secundaria Sin ingreso
 Otros Ingresos Trabajo de medio tiempo Jubilación o pensión Empleo estacional
 Trabajo por cuenta propia Asistencia social (Seguridad de Ingreso Suplementario-SSI) Seguro social 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.