



# COMMUNITY ACTION OF NAPA VALLEY

_____
Date
_____
Intake Worker

## Aplicación de despensa de Alimentos

**Nombre:** (Nombre, Segundo Nombre, Apellido) \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Género:**  Hembra  Masculino  Otro

**Estatus militar:**  veterano  Fuerzas Armadas Activas  Sin servicio militar

### Educación:

Grados 0-8  Grados 9-12 / No graduados  Graduado de la escuela secundaria / GED

12 grados + post-secundaria  Graduado universitario de 2 o 4 años  Graduado postsecundario

**¿En la escuela?**  Si  No **¿Laborable?**  Si  No

### Ingresos mensuales:

**Estado de salud:** **¿Deshabilitado?**  Si  No

**¿Seguro de enfermedad?**  Si  No

### Fuentes de seguro de salud:

Medicaid  Seguro de Salud del Estado

Compra Directa  Medicare

Basado en el empleo.

Atención médica militar INS

Salud Infantil del Estado Ins.

\_\_\_\_\_ **POR MES**

### Etnia: (marque una cuadro)

Orígenes hispanos, latinos o españoles

No son de origen hispano, latino o español

### Raza:

india americana o nativa de Alaska

blanca

Asiática

otra

Negro o afroamericano

multi-raza (dos o más de las anteriores)

Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico

### Estado laboral:

Empleado a tiempo completo  Empleado a tiempo parcial  Trabajador Agrícola Temporero Migrante

Desempleado (Menos de 6 meses)  Desempleado (Más de 6 meses)  jubilado

Desempleados (no en la fuerza laboral)  Actualmente en la escuela

**Tipo de hogar:**

- Persona soltera
- Dos Adultos NO Niños
- Madre soltera Mujer
- Monoparental Masculino
- Hogar Bilingüe
- Vales de Elección de Vivienda
- Otra
- Adultos no emparentados con niños
- Vivienda Pública
- Vivienda de Apoyo Permanente
- Hogar multigeneracional

**Vivienda:**  Poseer     Alquilar     Otras viviendas permanentes     Sin hogar

**Beneficios no monetarios** (marque todos los bloques que corresponden)

- SNAP / CAL FRESH                       HUD-VA
- WIC     Childcare Voucher     LIHEAP
- Affordable Care Act Subsidy

**Otras personas que viven en el hogar**

**Nombre:** (Nombre, Apellido)\_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** (mm/dd/aaaa)\_\_\_\_\_

**Género:**\_\_\_\_\_

**Educación:**  Grados 0-8     Grados 9-12     Graduado de HS / GED  
 12 Grado plus     Graduado universitario de 2 o 4 años     Otro graduado

**¿En la escuela?**\_\_\_\_\_ **¿Trabajando?**\_\_\_\_\_

**Nombre:** (Nombre, Apellido)\_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** (mm/dd/aaaa)\_\_\_\_\_

**Género:**\_\_\_\_\_

**Educación:**  Grados 0-8     Grados 9-12     Graduado de HS / GED  
 12 Grado plus     Graduado universitario de 2 o 4 años     Otro graduado

**¿En la escuela?**\_\_\_\_\_ **¿Trabajando?**\_\_\_\_\_

**Nombre:** (Nombre, Apellido)\_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** (mm/dd/aaaa)\_\_\_\_\_

**Género:**\_\_\_\_\_

**Educación:**  Grados 0-8     Grados 9-12     Graduado de HS / GED  
 12 Grado plus     Graduado universitario de 2 o 4 años     Otro graduado

**¿En la escuela?**\_\_\_\_\_ **¿Trabajando?**\_\_\_\_\_

**Nombre:** (Nombre, Apellido)\_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** (mm/dd/aaaa)\_\_\_\_\_

**Género:**\_\_\_\_\_

**Educación:**  Grados 0-8     Grados 9-12     Graduado de HS / GED  
 12 Grado plus     Graduado universitario de 2 o 4 años     Otro graduado

**¿En la escuela?**\_\_\_\_\_ **¿Trabajando?**\_\_\_\_\_

**Comentario / Notas:**

*Certifico que la información que he proporcionado en este formulario es, a mi leal saber y entender, completa y correcta.*

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha