

PROGRAMA SILVER FOX

Fecha de Servicio: _____ Route# _____ Staff Member: _____

Sección I: Información del Aplicante

Nombre del Apicante (Apellido, Nombre Completo) _____

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año) _____ **Domicilio** _____

Ciudad _____ **Código Postal** _____ **Teléfono** _____

Sexo al Nacer

- Masculino
- Femenino

Etnicidad (debe marcar **uno**)

- Hispano, Latino, u Orígenes Españoles
- No Hispano, Latino u Orígenes Españoles

Raza

- Indígena Americano o Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afro estadounidense
- Nativo de Hawái / Islas del Pacifico
- Blanco
- Otro
- Multirracial (dos o más razas de arriba)

Educación

- Primaria/ Grados 0-8
- Grados 9-12 / No Graduado
- Graduado de Preparatoria/ GED
- 12 Grado + algo postsecundarios
- Graduado de 2 o 4 años de Colegio
- Graduado de otra postsecundaria

Estado Laboral

- Empleado Tiempo Completo
- Empleado Parte de Tiempo
- Agrícola migratorio estacional
- Desempleado (Menos de 6 meses)
- Desempleado (Mas de 6 meses)
- Desempleado (No en la fuerza laboral)
- Retirado
- Actualmente en la escuela

Estado Militar

- Veterano
- Activo en la Militar
- No Servicio Militar

Estado de Salud

- Incapacitado? Sí No
- Seguro Médico? Sí No

Fuentes de Seguro de Salud

- Medicaid
- Medicare
- Salud Infantil Estatal
- Seguro Estatal
- Seguro Médico Militar
- Comprado Directo
- Seguro del Trabajo

Sección II: Información de Contacto en caso de Emergencia

Nombre de Contacto/Domicilio/Teléfono _____

Sección III: Información del Hogar del Cliente

Tipo de Hogar

- Personal Soltera
- Dos adultos Sin Niños
- Madre Soltera
- Padre Soltero
- Dos Padres en el hogar
- Adultos no relacionados con niños
- Hogar multigeneracional
- Otro

#Miembros en el Hogar: _____

Vivienda

- Dueño
- Renta
- Otra vivienda permanente
- Sin Hogar

Fuente de Ingresos (Por favor marque **todos** los que apliquen)

- TANF – asistencia pública
- SSI – Ingreso Suplementale de Seguro Social
- SSDI
- Retiro del Seguro Social
- Pensión
- Seguro de Discapacidad Privado
- Discapacidad de VA (conectado a servicios)
- Discapacidad de VA (No conectado a servicios)
- Manutención de los hijos
- Manutención o Pensión Conyugal
- Seguro de Desempleo
- Earned Income Tax Credit
- Asistencia General
- Compensación a los trabajadores
- Otro

Beneficios no Monetarios (Por favor marque **todos** los que apliquen)

- SNAP / CAL FRESH
- WIC
- LIHEAP
- Vales de Elección de Vivienda
- Vivienda Pública
- Vivienda de Apoyo Permanente
- HUD-VASH
- Vale de Cuidado de Niños
- Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio
- Otro

Ingreso Mensual de Todo el Hogar: \$ _____

PROGRAMA SILVER FOX

Sección IV: Otros Viviendo en el Hogar

Nombre (Apellido, Primer Nombre) _____ **Edad** _____ **Fecha de Nacimiento** (Mes/Día/Año) _____
Educación: Grados 0-8 Grados 9-12 Grad de Prepa / GED 12 Grado y más **Sexo al Nacer:** Masculino Femenino
 2 o 4 años graduado del colegio Graduado de Otro **En la Escuela?** Sí No **Trabaja?** Sí No

Nombre (Apellido, Primer Nombre) _____ **Edad** _____ **Fecha de Nacimiento** (Mes/Día/Año) _____
Educación: Grados 0-8 Grados 9-12 Grad de Prepa / GED 12 Grado y más **Sexo al Nacer:** Masculino Femenino
 2 o 4 años graduado del colegio Graduado de Otro **En la Escuela?** Sí No **Trabaja?** Sí No

Nombre (Apellido, Primer Nombre) _____ **Edad** _____ **Fecha de Nacimiento** (Mes/Día/Año) _____
Educación: Grados 0-8 Grados 9-12 Grad de Prepa / GED 12 Grado y más **Sexo al Nacer:** Masculino Femenino
 2 o 4 años graduado del colegio Graduado de Otro **En la Escuela?** Sí No **Trabaja?** Sí No

Nombre (Apellido, Primer Nombre) _____ **Edad** _____ **Fecha de Nacimiento** (Mes/Día/Año) _____
Educación: Grados 0-8 Grados 9-12 Grad de Prepa / GED 12 Grado y más **Sexo al Nacer:** Masculino Femenino
 2 o 4 años graduado del colegio Graduado de Otro **En la Escuela?** Sí No **Trabaja?** Sí No

Mascotas #Perros: _____ #Gatos: _____

Para calificar para el Programa Silver Fox de la caja de comida, debe tener 60 años o más y cumplir con los requisitos de ingresos del Departamento de Servicios Sociales de California.

- La comida está sujeta a disponibilidad. La cantidad, calidad y selección pueden variar. Toda la comida distribuida cumple con los criterios de la FDA y del Medio Ambiente.
- Las cajas de comida **DEBEN** recogerse en el día de distribución. No se pueden retener o dejar sin alguien presente.
- Por favor llame al (707) 253-6128 si no puede recoger su caja.
- Regrese Por correo a: CANV Food Bank, 938 Kaiser Road, Napa, CA 94558
- Al firmar esta solicitud, certifica que cumple con los requisitos de bajos ingresos.

Certifico que la información que he proporcionado en este formulario es, al mejor de mi conocimiento, completa y correcta.

Firma del Cliente

Fecha

SOLAMENTE PARA USO DE LA AGENCIA:

Date Application Received: _____

New

Return