Fecha de Servicio: Staff Member:

**Sección I: Información del Cliente**

**Nombre del Cliente** (Apellido, Nombre Completo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento** (Mes/Día/Año) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Domicilio** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ciudad** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Genero** **Educación** **Estado Militar**

[ ]  Femenino [ ]  Primaria/ Grados 0-8 [ ]  Veterano

[ ]  Masculino [ ]  Grados 9-12 / No Graduado [ ]  Activo en la Militar

[ ]  Otro [ ]  Graduado de Preparatoria/ GED [ ]  No Servicio Militar

 [ ]  12 Grado + algo postsecundarios

**Etnicidad** (debe marcar **uno**) [ ]  Graduado de 2 o 4 años de Colegio **Estado de Salud**

[ ]  Hispano, Latino, u Orígenes Españoles [ ]  Graduado de otra postsecundaria Incapacitado? [ ]  Sí [ ]  No

[ ]  No Hispano, Latino u Orígenes Españoles Seguro Médico? [ ]  Sí [ ]  No

 **Estado Laboral** **Fuentes de Seguro de Salud**

**Raza** [ ]  Empleado Tiempo Completo [ ]  Medicaid

[ ]  Indígena Americano o Nativo de Alaska [ ]  Empleado Parte de Tiempo [ ]  Medicare

[ ]  Asiático [ ]  Agrícola migratorio estacional [ ]  State Children’s Health Ins.

[ ]  Negro o afroestadounidense [ ]  Desempleado (Menos de 6 meses) [ ]  State Health Ins.para Adultos

[ ]  Nativo de Hawái / Islas del Pacifico [ ]  Desempleado (Mas de 6 meses) [ ]  Military Health Care Ins

[ ]  Blanco [ ]  Desempleado (No en la fuerza laboral) [ ]  Comprado Directo

[ ]  Otro [ ]  Retirado [ ]  Seguro del Trabajo

[ ]  Multirracial (dos o más razas de arriba) [ ]  Actualmente en la escuela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sección II: Información de Contacto en caso de Emergencia**

**Nombre de Contacto/Domicilio/Teléfono** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre de Contacto/Domicilio/Teléfono** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sección III: Información del Hogar del Cliente**

**Tipo de Hogar** I**ngreso Mensual de Todo el Hogar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

[ ]  Personal Soltera **Fuente de Ingresos**  (Por favor marque **todos** los que apliquen)

[ ]  Dos adultos Sin Niños [ ]  TANF – asistencia pública [ ]  Manutención de los hijos

[ ]  Madre Soltera [ ]  SSI– Ingreso Suplemental de Seguro Social [ ]  Manutención o Pensión Conyugal

[ ]  Padre Soltero [ ]  SSDI [ ]  Seguro de Desempleo

[ ]  Dos Padres en el hogar [ ]  Retiro del Seguro Social [ ]  Earned Income Tax Credit

[ ]  Adultos no relacionados con niños [ ]  Pensión [ ]  Asistencia General

[ ]  Hogar multigeneracional [ ]  Seguro de Discapacidad Privado [ ]  Otro

[ ]  Otro [ ]  Discapacidad de VA (conectado a servicios)

**#Miembros en el Hogar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** [ ]  Discapacidad de VA (No conectado a servicios)

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

[ ]  Dueño [ ]  SNAP / CAL FRESH [ ]  HUD-VASH

[ ]  Renta [ ]  WIC [ ]  Childcare Voucher

[ ]  Otra vivienda permanente [ ]  LIHEAP [ ]  Affordable Care Act Subsidy

[ ]  Sin Hogar [ ]  Housing Choice Voucher [ ]  Otro

[ ]  Otro [ ]  Public Housing - *Vivienda Pública*

 [ ]  Permanent Supportive Housing - *Vivienda de Apoyo Permanente*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 **Genero\_\_\_\_\_\_**

 [ ]  2 o 4 años graduado del colegio [ ]  Graduado de Otro **en la Escuela?\_\_\_\_\_\_ Trabaja?\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 **Genero\_\_\_\_\_\_**

 [ ]  2 o 4 años graduado del colegio [ ]  Graduado de Otro **en la Escuela?\_\_\_\_\_\_ Trabaja?\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 **Genero\_\_\_\_\_\_**

 [ ]  2 o 4 años graduado del colegio [ ]  Graduado de Otro **en la Escuela?\_\_\_\_\_\_ Trabaja?\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 **Genero\_\_\_\_\_\_**

 [ ]  2 o 4 años graduado del colegio [ ]  Graduado de Otro **en la Escuela?\_\_\_\_\_\_ Trabaja?\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 **Genero\_\_\_\_\_\_**

 [ ]  2 o 4 años graduado del colegio [ ]  Graduado de Otro **en la Escuela?\_\_\_\_\_\_ Trabaja?\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**[ ]  Mascotas #Perros:\_\_\_\_\_ #Gatos:\_\_\_\_\_**

**Para calificar para el Programa de La Bolsa de Comida, debe tener 60 años o más y cumplir con los requisitos de ingresos del Departamento de Servicios Sociales de California.**

* **Una donación voluntaria de $12.00 (doce dólares) por año se usa para sufragar los costos operativos. Las donaciones se usan solo para el Programa de La Bolsa de Comida.**
* **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, 1766 Industrial Way, 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

Amount Paid: $ [ ]  Cash [ ]  Check – Check Number: