

# EL BANCO DE COMIDA DE NAPA Formulario Del Cliente

Fecha De Servicio: \_\_\_\_\_

Personal: \_\_\_\_\_

## Sección I: Información del Solicitante

<b>Nombre</b> (Apellido, Nombre Completo)		<b>Fecha De Nacimiento</b>
<b>Domicilio</b>		
<b>Código Postal</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Teléfono</b>
<b>Genero</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<b>Raza</b> (Por favor marque <u>todos</u> los bloques que se apliquen) <input type="checkbox"/> Africano- Americano <input type="checkbox"/> Anglo <input type="checkbox"/> Asiano <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Indio Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Múltiplas Razas <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Islas Pacifica	
<b>Etnicidad</b> (Debe marcar <u>un</u> bloque) <input type="checkbox"/> Origen Hispano <input type="checkbox"/> No de Origen Hispano		
<b>Educación</b> (Por favor marque solo <u>un</u> bloque) <input type="checkbox"/> Primaria/Grados 1-6 <input type="checkbox"/> Secundaria/Grados 7-9 <input type="checkbox"/> Preparatoria/Grados 10-12 <input type="checkbox"/> (Graduar o GED) <input type="checkbox"/> Graduó del colegio/universidad de dos o cuatro años		<b>Salud/Seguro Medico</b> (Por favor indique todo lo que sea apropiado) <input type="checkbox"/> No tengo seguro médico <input type="checkbox"/> Si, tengo seguro médico <input type="checkbox"/> Estoy discapacitado

## Sección II: Información Familiar del Solicitante

<b>Status Familiar</b> (Por favor marque solo <u>un</u> bloque) <input type="checkbox"/> Padre Soltero/Femenino <input type="checkbox"/> Padre Soltero/Masculino <input type="checkbox"/> Dos Padres <input type="checkbox"/> Persona Soltera <input type="checkbox"/> Dos adultos-Sin niños <input type="checkbox"/> Otro		
<b>Cuantas Personas En La Familia</b> (Por favor marque solo <u>un</u> bloque) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 o mas	<b>Ingresos Mensuales De Toda La Familia</b> \$	
<b>Fuente de Ingresos</b> (Por favor marque <u>todos</u> los bloques que se apliquen) <input type="checkbox"/> Ningún Ingreso <input type="checkbox"/> Asistencia Publica (TANF) <input type="checkbox"/> Ingreso Suplemental de Seguro Social (SSI) <input type="checkbox"/> Asistencia de Seguro Social (SS) <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Asistencia General <input type="checkbox"/> Asegurancia de Desempleo <input type="checkbox"/> Empleo + Otro Recurso <input type="checkbox"/> Empleo Solamente <input type="checkbox"/> Otro		
<b>Vivienda</b> (Por favor marque solo <u>un</u> bloque) <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Sin Residencia <input type="checkbox"/> Otro		
<b>¿Es Ud. Agricultor?</b> (Por favor marque solo <u>un</u> bloque) <input type="checkbox"/> Sí, soy agricultor <input type="checkbox"/> Sí, soy agricultor migratorio <input type="checkbox"/> Sí, soy agricultor por temporada <input type="checkbox"/> No es aplicable		

OTRAS PERSONAS EN SU CASA				Educación (Por favor marque solo un bloque por persona)				
Apellido	Nombre Primero	Edad	Genero	Grados 1 a 6	Grados 7-9	Preparatoria/ Grados 10-12	Graduar o GED	Graduar de la universidad
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					

*Certifico que la información que he dado en este formulario es, al mejor de mi conocimiento, completo y correcto.*

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_