

Por favor, complete este formulario para registro como cliente del Baco de Alimentos.

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, llámenos al 970-493-4477 o envíe un correo electrónico a info@foodbanklarimer.org.



Su apellido:		Su nombre primero:	
Fecha de Nacimiento:		Genero: Mujer / Hombre / Prefiero no responder	
Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a Prefiero no responder			
Dirección:			
Estado de la ciudad:		Código postal:	
Tipo de Vivienda: Transicional / evacuado(a) / Otro / Deuño(a) / Alquiler privado / Vivienda pública / sin hogar / con familia o amigos(as) / En un hogar juvenil o refugio / Prefiero no responder			
Correo Electrónico:		Número de teléfono:	
Etnicidad: Blanco(a) / Negro(a) o Afroamericano / Hispano(a) o Latino(a) / Indio(a) Americano(a) o Nativo(a) Americano(a)			
(Por favor circule todos los apliquen) Asiático(a) / Nativo(a) de Alaska o Esquimal / Oriente Medio o Africano(a) del norte / Isleño(a) del Pacifico Otro / Prefiero no responder			
Es usted: Discapacitado(a) / Veterano(a) / Niguno(a) de estos / Prefiero no responder			
Su nivel de educación: Grado 0-8 / Grado 9-11 / Diploma de escuela secundaria / GED / post-secundaria / Escuela de oficios 2 años de licenciatura / 4 años de licenciatura / Maestría / Doctorado / Prefiero no responder			

Otros miembros de su hogar (Por favor use un formulario adicional si es necesario.)

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Género	Relación	Etnicidad	Discapacitado	Veterano
					Y / N	Y / N
					Y / N	Y / N
					Y / N	Y / N
					Y / N	Y / N
					Y / N	Y / N
					Y / N	Y / N

Le gustaría tener un comprador autorizado (no es un miembro de tu casa) en su cuenta?

Si, es asi, el nombre del los compradores:

Ingreso Mensual (Por favor use un formulario adicional si es necesario.)

Persona que gana ingresos	Typo de Ingreso*	Cantidad Mensual	Fuente de ingresos primaria?
			Y / N
			Y / N
			Y / N
			Y / N

*Opciones de Typo de Ingreso: Timepo completo, Medio tiempo, Seguridad social, Discapacidad privada, Pensiones privadas, Prestamo/Beca, Asistencia social, Conyuge o apoyo familiar, Sin ingresos, o Prefiero no responder.

Servicios Sociales:

Por favor circule todo lo que recibe:

Ayuda a los necesitados / Ayuda a los ciegos / CSFP(caja para personas mayors) / LEAP(Asistencia de energía) / Niños adoptivos elegibles para Medicaid / Pesión de vejez / SNAP(cupones de alimentos) / Ingreso suplementario de seguridad(SSI) Asistencia temporal a familia necesitadas(TANF)