

Date of first visit: \_\_\_\_\_

**Por favor, complete este formulario para volver a registrarse como cliente del Baco de Alimentos.**

El Banco de Alimentos del Condado de Larimer recopila información para servir mejor a nuestra comunidad. **No compartimos ninguna información personal con terceros ni con ninguna organización asociada.** Nuestro sistema utiliza la última tecnología para mantener su información personal segura y protegida. Si tiene alguna pregunta sobre nuestro uso de esta información, llámenos al 970-493-4477 o envíe un correo electrónico a [info@foodbanklarimer.org](mailto:info@foodbanklarimer.org).



<b>Su apellido:</b>			<b>Su nombre primero:</b>				
<b>Fecha de Nacimiento:</b>			<b>Genero:</b>	Mujer	Hombre	Transgénero	Prefiero no responder
<b>Estado Civil:</b>	ley común	Soltero/a	Casado/a	Divorciado/a	Separado/a	Viudo/a	Prefiero no responder
<b>Dirección:</b>							
<b>Estado de la ciudad:</b>					<b>Código postal:</b>		
<b>Tipo de Vivienda:</b>	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		
<b>Correo Electrónico:</b>					<b>Número de teléfono:</b>		
<b>Etnicidad:</b> <i>(Circule todos los apliquen)</i>	Blanco(a)	Negro(a) o Afroamericano		Hispano(a) o Latino(a)		Indio(a) Americano(a) o Nativo(a)	
	Americano(a)	Asiático(a)	Nativo(a) de Alaska o Esquimal		Oriente Medio o Africano(a) del norte		
	Isleño(a) del Pacifico		Otro	Prefiero no responder			
<b>Es usted:</b>	Discapacitado(a)	Veterano(a)	Ninguno(a) de estos		refiero no responder		
<b>Su nivel de educación:</b>	Grado 0-8	Grado 9-11	Diploma de escuela secundaria		GED	post-secundaria	Escuela de oficios
	2 años de licenciatura		4 años de licenciatur		Maestrí	Doctorado	Prefiero no responder

Por favor continúa llenando un formulario en la parte posterior. 

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

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Género	Relación	Etnicidad	Discapacitado	Veterano
					S N	S N
					S N	S N
					S N	S N
					S N	S N
					S N	S N
					S N	S N

**¿Algún miembro de su hogar recibe prestaciones SNAP (cupones para alimentos)?**      S      N

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

Persona que gana ingresos	Typo de Ingreso*	Cantidad Mensual	Fuente de ingresos primaria?
			S N
			S N
			S N
			S 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.*

<b>Servicios Sociales:</b> <i>Circule todo lo que recibe:</i>	Medicaid      Ayuda a los necesitados      Ayuda a los ciegos      CSFP(caja para personas mayores)      Pesión de vejez LEAP (Asistencia de energía)      Niños adoptivos elegibles para Medicaid      SNAP(cupones de alimentos) Ingreso suplementario de seguridad (SSI)      Asistencia temporal a familia necesitadas(TANF)
--	--