

Complete este formulario para registrarse como cliente del Banco 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 el uso que hacemos de esta información, llámenos al 970-493-4477 o envíenos un correo electrónico a info@foodbanklarimer.org.



Apellido:		Nombre :					
Fecha de nacimiento: Día/Mes/Año	Género (Se identifica como):		Mujer	Hombre	Transgénero	Ninguno de estos	
		Prefiero no responder					
Estado civil:	Soltero	Casado	Unión libre	Divorciado	Separado	Viudo	Prefiero no contestar
Dirección:				Número de lote o apartamento:			
Ciudad/Estado:				Código postal:			
Tipo de vivienda:	Transicional	Evacuado	Otro	Casa propia	Alquiler privado	Vivienda pública	
		Sin vivienda	con familiares o amigos	Hogar o Refugio para Jóvenes		Prefiero no responder	
Correo electrónico:				Número de teléfono:			
Descendencia:	Negro o afroamericano		Hispano o latino		Indio americano o nativo americano		Blanco
Por favor señale todo lo que corresponda	Asiático		Nativo de Alaska o esquimal		Medio Oriente o Norte de África		Isleño del Pacífico
		Prefiero no responder					
¿Es usted?:	Discapacitado	Veterano	Ninguno	Prefiero no contestar			

Por favor continúe completando el formulario al respaldo.

Otros miembros del hogar (utilice un formulario adicional si es necesario).

Nombre y apellido	Fecha de nacimiento: Día/Mes/Año	Género	Relación (Parentesco con usted)	Etnicidad	¿Discapacitado?	¿Veterano?

Educación:	Grados 0-8	Grados 9-11	Diploma de escuela secundaria	GED	Postsecundaria	Escuela vocacional
	Licenciatura de 2 años	Licenciatura de 4 años	Maestría	Doctorado	Prefiero no contestar	

¿Alguien en su hogar recibe beneficios SNAP (cupones de alimentos)?

En caso negativo, ¿le gustaría que nos comuniquemos con usted sobre los beneficios de SNAP?

Servicios Sociales: <i>Por favor circule todo lo que reciba</i>	Medicaid	Ayuda a los necesitados	Ayuda a los ciegos	CSFP (Senior Box)
	LEAP (Asistencia energética)	Niños de crianza elegibles para Medicaid	Pensión de vejez	
	SNAP (Cupones para alimentos)	Seguridad de ingreso suplementario (SSI)		
	Asistencia temporal a familias necesitados (TANF)			

Ingresos Mensuales de las personas que viven con usted (Por favor use un formato adicional si es necesario.)

Nombre de la persona que obtiene ingresos <small>(Incluya en las Casillas los nombres de las personas que viven con usted y reciben ingresos)</small>	Tipo de ingreso* (Incluya la que corresponda)	Ingreso Mensual (Valor \$)	¿Es esta la principal fuente de ingresos?

--