

**Uso exclusivo de empleados**  
**(Staff Use Only)**

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

Distributed Today: Diapers / Wipes / Double Distribution

ID Verified?

Address Verified?

Staff Initials: \_\_\_\_\_

Staff Initials: \_\_\_\_\_

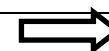
**Complete este formulario para registrarse como cliente del Banco de Alimentos.**

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](mailto:info@foodbanklarimer.org).



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

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

<b>Educación:</b>	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?**

<b>Servicios Sociales:</b> <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.)**

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