|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **General** | | | | | |
| Primera visita a la Despensa de Alimentos: Año: Mes: | | | | | |
| **\* Apellido:** **\* Primer Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\*** **Fecha de nacimiento**: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)  Fecha estimada? □ Sí □ No | | | | | |
| **\* Género:**  □ Femenina □ Masculino □ Transgénero □ Sin respuesta  □ Otro | | | | | |
| **\* Estado Civil:**  □ Soltero □ Unión consensual o de hecho (*Common-Law*) □ Separado  □ Sin respuesta  □ Casado □ Divorciado □ Viudo | | | | | |
| **\* Dirección:** Dirección (línea 2):  **\* Condado:**  **\* Ciudad:** **\*Estado:**  **\* Código postal:**  □Sin dirección fija | | | | | |
| **\* Tipo de Hogar:** (Elija una) | | | | | |
| □ Albergue de emergencia/ de transición/ misión  □ Evacuado  □ Otro  □ Casa propia  □ Sin respuesta | | □ Alquiler privado  □ Vivienda pública (social)  □ Sin respuesta  □ Vehículo | | | □ Con familia/amigos  □ Hogar / Albergue para jóvenes  □ Vehículo |
| Dirección de correo electrónico:  Número telefónico:  Identificación Mostrada:  □ Certificado de nacimiento □ Licencia de conducir □ Identificación de Food for Change  □ Contrato de Arrendamiento □ No es applicable □ Sin identificación  □ Pasaporte □ Tarjeta de identificación del estado  □ Factura de servicios públicos (gasolina, agua, etc.)  □ Identificación del gobierno con número de extranjero □ Otro | | | | | |
| Idioma(s) hablado(s): (Elija tantas opciones como correspondan)  □ Inglés □ Español □ Portugués □ Vietnamita □ Ruso □ Mandarín  □ Francés □ Árabe □ Hindi/Urdu Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **\* Grupo étnico:** (Elija tantas opciones como correspondan)  □ Blanco/Anglosajón □ Hispano/Latino □ Asiático/de las islas del Pacífico □ Medio Oriente / África del Norte  □ Negro □ Indígena norteamericano □ Aleutiano o Esquimal □ N/A □ Sin respuesta  □ Otro | | | | | |
| **\* Se identifica a sí mismo como:** (Elija tantas opciones como correspondan) | | | | | |
| □ Participante del Programma Conexiones Centrales (Core Connections)    □ Participante del Programma Comida para el Cambio (Food for Change)  □ Mercado Escolar (School Market | □ Participante del Programma Comida para el Cambio (Food for Change)-  Food Rx  □ Participante del Programma Comida para el Cambio (Food for Change)-  Beca de Comida (Food Scholarship) | | □ Disabilidad    □ Nuevo Inmigrante    □ Veterano    □ Refugiado  □ Otro  □ Evacuado | □ Discapacidad Mental  □ N/A (ninguno)  □ Sin respuesta  □ Postparto  □ Embarazada  □ Madre lactante | |

\*Los programmas en primera y segunda columna de “**Se identifica a sí mismo como”** son programmas del Banco de Comida en Houston

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Perfil** | | | | | | |
| **\* Educación:** (Elija una) | | | | | | |
| □ Grados 0-8  □ Grados 9-11  □ Diploma de Secundaria (*high school*)  □ Examen General de Equivalencia a los Estudios Secundarios (*General Education Development Test* o GED) | | | □ Educación post-secundaria (incompleta)  □ Escuela de artes y oficios / Acreditación profesional  □ Título técnico de dos años  □ Título universitario de cuatro años | | □ Maestría  □ Doctorado  □ Sin respuesta | |
|  | **País de Educación**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **\* Tipo de empleo:** (Elija una)  □ Militar □ Tiempo completo  □ Trabajos múltiples □ Medio tiempo  □ Jubilado o Retirado □ Ninguno  □ Estacional □ Sin respuesta  □ Afuera del empleo por menos de un año □ Otro  □ Estudiante de educación postsecundaria | | | | | | |
| **Ingreso mensual** | | | | | | |
| **\* Principal fuente de ingresos (cliente principal):** (Elija tantas opciones como correspondan, completa por cada miembro de el hogar)  □ Sin ingreso  □ Otro  □ Trabajo de medio tiempo  □ Trabajo de tiempo completo  □ Disabilidad Privada  □ Pensiones Privdada  □ Becas  □ Asistencia Social  □ Seguro de discapacidad del Seguro Social (SSDI)  □ Apoyo de familia  □ Ingreso de seguridad suplementario (SSI)  □ Préstamos de estudiante  **Ingreso Mensual Total** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| **\* Recibiendo siguiente asistencia social** (Elija tantas opciones como correspondan, completa por cada miembro de el hogar)  □ Medicaid  □ Medicare  □ No asistencia social  □ Programma de Inicio  □ Ayuda a Familias con Hijos Dependientes (AFDC)  □ Ayuda a los ciegos o discapacitados  □ Programa de seguro de salud para niños (CHIP)  □ Programa de Alimentos Suplementarios de Productos Básicos (CSFP)  □ Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP) o mejor conocido como almuerzo gratis o a precio reducido  □ Comida Escolar  □ Programa de Asistencia de Alquiler de la Sección 8  □ Asistencia suplementaria para mujeres, bebés y niños (WIC)  □ Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)  □ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)  □ Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF)  □ Ayuda para los veteranos | | | | | | |
| **\* Gastos Mensuales** (Elija tantas opciones como correspondan, completa por cada miembro de el hogar, y incluye las cantidades)  Medicos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Servicios públicos (utilidades): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Gastos de Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tránsito: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vehículo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Renta (alquilar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cuidado de niños: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Pagos de Casa (hipoteca): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| **Consideraciones dietéticas** (Elija tantas opciones como correspondan) | | | | | |
| □ Alergia o sensibilidad a los productos lácteos  □ Diabético  □ Alergia o sensibilidad a los huevos  □ Alergia o sensibilidad al gluten  □ Halal | | □ Alta presion  □ Colesterol alto  □ Kosher  □ Otro  □ Alergia al maní  □ Alergia al puerco  □ Pre-diabetico | | □ Alergia o sensibilidad a los mariscos  □ Alergia al sulfito  □ Tiroides  □ Vegano  □ Vegetariano | |

**Miembros adicionales del hogar**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Apellido:               Nombre de pila: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \* Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ( aaaa / mm / dd )               ¿Estimado?                             **□** Y               **□** N  **\* Género:**  □ Hombre               □ mujer               □ Transgénero               □ No revelado  **\* Relación con el miembro de HH primario:**  □ cónyuge               □ niño               □ padre               □ hermano                     □ nieto               □ abuelo               □ Otro  □ Otro Pariente □ Novio / Novia                   □ Socio de derecho común □ Amigo □ No revelado  **\* Etnicidad (Marque todo lo que corresponda):**  □ Blanco / Anglo □ Hispano / Latino □ Asiático □ Isleño del Pacífico □ Árabe Americano □ Otro  □ Negro / afroamericano □ Americano indio / nativo americano □ No revelado  □ Nativo de Alaska / Aleut / Esquimal □ N / A  **\* Auto-se identifica como:**  □ Discapacidad del desarrollo               □ veterano               □ Evacuado               □ N / A  □ Discapacidad               □ Refugiado               □ Otro               □ No revelado  □ Enfermedad mental               □ posparto  □ embarazada               □ amamantamiento |  |
|  | Apellido:               Nombre de pila: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \* Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ( aaaa / mm / dd )               ¿Estimado?                             **□** Y               **□** N  **\* Género:**  □ Hombre               □ mujer               □ Transgénero               □ No revelado    **\* Relación con el miembro de HH primario:**  □ cónyuge               □ niño               □ padre               □ hermano                     □ nieto               □ abuelo               □ Otro  □ Otro Pariente □ Novio / Novia                   □ Socio de derecho común □ Amigo □ No revelado    **\* Etnicidad (Marque todo lo que corresponda):**  □ Blanco / Anglo □ Hispano / Latino □ Asiático □ Isleño del Pacífico □ Árabe Americano □ Otro  □ Negro / afroamericano □ Americano indio / nativo americano □ No revelado  □ Nativo de Alaska / Aleut / Esquimal □ N / A    **\* Auto-se identifica como:**  □ Discapacidad del desarrollo               □ veterano               □ Evacuado               □ N / A  □ Discapacidad               □ Refugiado               □ Otro               □ No revelado  □ Enfermedad mental               □ posparto  □ embarazada               □ amamantamiento |  |
|  | Apellido:               \* Nombre de pila:  \* Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ( aaaa / mm / dd )               ¿Estimado?                             **□** Y               **□** N  **\* Género:**  □ Hombre               □ mujer               □ Transgénero               □ No revelado    **\* Relación con el miembro de HH primario:**  □ cónyuge               □ niño               □ padre               □ hermano                     □ nieto               □ abuelo               □ Otro  □ Otro Pariente □ Novio / Novia                   □ Socio de derecho común □ Amigo □ No revelado    **\* Etnicidad (Marque todo lo que corresponda):**  □ Blanco / Anglo □ Hispano / Latino □ Asiático □ Isleño del Pacífico □ Árabe Americano □ Otro  □ Negro / afroamericano □ Americano indio / nativo americano □ No revelado  □ Nativo de Alaska / Aleut / Esquimal □ N / A  **\* Auto-se identifica como:**  □ Discapacidad del desarrollo               □ veterano               □ Evacuado               □ N / A  □ Discapacidad               □ Refugiado               □ Otro               □ No revelado  □ Enfermedad mental               □ posparto               □ Pregnan t               □ amamantamiento |  |