|  |
| --- |
| **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 |  |