



Formulario de admisión general de Link2Feed

Información general

Fecha de la **primera visita** al banco de alimentos, si se conoce _____

* **Apellido:** _____ * **Primer nombre:** _____ **Inicial del segundo nombre:** _____

* **Fecha de nacimiento:** ____/____/____ ¿La fecha de nacimiento fue estimada? ☐ Si ☐ No

* **Identidad de Género:** ☐ Femenina ☐ Masculino ☐ No binario ☐ Ninguno de estos ☐ Transgénero
☐ No pregunté ☐ Prefiero no contestar

* **Estado civil:** ☐ Pareja de hecho (Ley común) ☐ Divorciado ☐ Casado ☐ Separado ☐ Soltero
☐ Viudo ☐ No pregunté ☐ No sé ☐ Prefiero no contestar

* **Dirección: Calle:** _____

Calle (Línea 2): _____

* Ciudad: _____ Condado: _____

* Estado: _____ * Código postal: _____
☐ Sin dirección fija ☐ Prefiero no contestar

* **Tipo de vivienda:** ☐ Propia ☐ Alquiler privado ☐ Sin vivienda / refugio / vivienda de transición / hotel
☐ Con familia / amigos ☐ No pregunté ☐ No sé ☐ Prefiero no contestar

Correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____

¿Es el inglés su idioma principal? ☐ Si ☐ No Si no, idioma principal: _____

* **Referido por:** ☐ De boca en boca ☐ Iglesia o grupo sin fines de lucro ☐ En línea ☐ Servicios sociales
☐ No pregunté ☐ No sé ☐ Otro ☐ Prefiero no contestar

* **Etnicidad:** ☐ Nativo de Alaska / Aleut ☐ Indio Americano / Nativo Americano ☐ Asiático
☐ Negro / Afroamericano ☐ Hispano / Latino ☐ Medio Oriente / África del Norte
☐ Isleño del Pacífico ☐ Blanco / Anglo ☐ No pregunté ☐ No sé ☐ Prefiero no contestar

* **Se auto identifica como:** ☐ Discapacitado ☐ Veterano ☐ Ninguno ☐ No pregunté ☐ No sé
☐ Prefiero no contestar

Programas sociales e ingresos mensuales del hogar

* ¿Alguien del hogar está recibiendo actualmente SNAP (Estampillas para alimentos)?

☐ No ☐ Si ☐ No pregunté ☐ No sé ☐ Prefiero no contestar

* Otros beneficios del hogar: ¿Alguien en su hogar recibe alguna de las siguientes ayudas?

☐ Medicaid ☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
☐ Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) ☐ (WIC) ☐ Otros beneficios ☐ No pregunté
☐ No sé ☐ No hay beneficios ☐ Prefiero no contestar

* Ingresos mensuales del hogar: Proporcione la cantidad de ingresos para TODO EL HOGAR

INGRESOS TOTALES MENSUALES \$ _____

Firmado por el solicitante o apoderado.

USDA es un proveedor, empleador y prestamista, que ofrece igualdad de oportunidades

Firma: Actualmente, el USDA no exige firmas debido al COVID Fecha: _____

Esta sección debe ser completada por el voluntario / personal: ☐ Compruebe si es elegible para TEFAP

Otros miembros del hogar

Primer nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Relación: _____ Raza/etnicidad: ☐ Igual que la cabeza del hogar o _____

Primer nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Relación: _____ Raza/etnicidad: ☐ Igual que la cabeza del hogar o _____

Primer nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Relación: _____ Raza/etnicidad: ☐ Igual que la cabeza del hogar o _____

Primer nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Relación: _____ Raza/etnicidad: ☐ Igual que la cabeza del hogar o _____

Primer nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Relación: _____ Raza/etnicidad: ☐ Igual que la cabeza del hogar o _____

Primer nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Relación: _____ Raza/etnicidad: ☐ Igual que la cabeza del hogar o _____