Formulario de Ingreso

¡Bienvenido al Banco de Alimentos del Norte de Nevada! Con el fin de asistirle mejor a usted y a su familia le pedimos que se tome unos minutos para llenar este breve formulario. Sus respuestas **DE NINGUNA MANERA afectaran el que reciba comida hoy o en el futuro.** Hacemos estas preguntas con el fin de conocerle y tener un mejor entendimiento de cómo podemos atender las necesidades de nuestra comunidad. Si tiene alguna pregunta o duda, por favor no dude en preguntarle a cualquier empleado del Banco de Alimentos o voluntario. *¡Muchas Gracias y que tenga un estupendo día!*

Nombre: _____

Teléfono: ( ) _____Fecha de nacimiento: _____ Genero: Masculino/Femenino

Dirección: _____

Aptó # Ciudad Estado Código Postal

Etnicidad (Favor de marcar una) _____Hispano o Latino _____No Hispano o Latino

Raza (marque todo lo que sea aplicable) _____Blanco _____Indio americano o nativo de Alaska
_____Asiático _____Negro o Africano Americano
_____Nativo de Hawái o Islas del Pacifico

Favor de anotar los nombres, cumpleaños, géneros, etnicidad y raza de todas las personas que viven en el hogar:

Nombre completo de los miembros en su hogar- No se incluya.	**Fecha de nacimiento**	**Genero**	**Etnicidad/Raza**

1. **¿Cuál es el ingreso total de su hogar? (Incluya el ingreso de todos los miembros en el hogar y todo tipo de ingreso: salarios, beneficios del seguro social, discapacidad, etc.): $_____ por mes.**
2. **¿Durante los últimos 12 meses le ha preocupado que se le acaben los alimentos antes de tener dinero para comprar más?**
   ☐ Sí ☐ No
3. **¿Durante los últimos 12 meses los alimentos que compro no le alcanzaron y no tuvo dinero para comprar más?**
   ☐ Sí ☐ No
4. **¿Alguna vez ha aplicado para los beneficios de SNAP (estampillas para comida)?**
   ☐ Sí ☐ No
5. **¿Si ha aplicado para estampillas, actualmente está recibiendo estos beneficios?**
   ☐ Sí ☐ No
6. **¿Es un miembro activo del Militar o Veterano de guerra?**
   ☐ Sí ☐ No
7. **¿Actualmente tiene cobertura médica?**
   ☐ Si, toda la familia ☐ No ☐ Solo yo ☐ Solo los niños ☐ Solo mi esposo/a
8. **¿Qué tipo de cobertura médica tienen TODOS los miembros del hogar? *(Marque todo el que aplique)***
   ☐ Seguro privado ☐ Medicare/Medicaid ☐ Discapacidad ☐ Beneficios de Veterano ☐ Servicios para Indios Nativos
9. **¿Usted o algún miembro en su hogar reciben cualquier asistencia para comida enlistados aquí abajo? *(Todo el que aplique)***
   ☐ CSFP (alimentos para Señores de la tercera edad) ☐ Otras despensas ☐ Cocina de Beneficencia
   ☐ Desayuno/Almuerzo de Escuela ☐ Programa Alimenticio de Verano ☐ WIC (Mujeres, Infantiles & niños)

"Entiendo que la información básica que me identifica y las transacciones de servicios no confidenciales serán compartidos en un sistema de datos que es administrado por el Banco de Alimentos del Norte de Nevada llamado "Oasis Insight."

_____ _____
Firma Fecha