

¡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: _____ Email: _____ Distribución _____

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)
10. ¿Cómo ha impactado COVID-19 su necesidad de alimentos?
 Para nada Algo Mucho

“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