



Blue Ridge Area
FOOD BANK
Everyone should have enough to eat.



Programa de asistencia alimentaria urgente (TEFAP por sus siglas en inglés) Declaración de ingresos

Niveles de ingresos actualizados y en vigencia: 1 d julio al 30 de junio 2019

Estado de Virginia – Programa de asistencia alimentaria urgente del Departamento nacional de agricultura (USDA, *The Emergency Food Assistance Program*)

Nombre del solicitante: _____ Teléfono #: _____
Dirección: _____ No. de departamento: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Cantidad de personas en el hogar, por edad 0-18: _ 19-59 : _____ 60 años o mayor: _____ TOTAL: _____

Si responde “sí” a alguna de las siguientes tres preguntas, el solicitante es automáticamente elegible para el programa TEFAP:

1. ¿El solicitante vive solo y recibe Medicaid? () Sí () No
2. ¿El solicitante vive solo y recibe ingresos suplementarios del Seguro Social (*Supplemental Security Income*)? () Sí () No
3. ¿Todos los miembros del hogar del solicitante reciben estampillas de comida (*SNAP, Food Stamps*) o Asistencia temporaria para familias necesitadas (*Temporary Assistance for Needy Families*)? () Sí () No
Reciben () SNAP () TANF

Si contestó “No” a todas las preguntas, brinde el monto total de ingresos del hogar: \$ _____

Persona alternativa

Se puede nombrar a otra persona para que recoja la comida del solicitante. El solicitante debe presentarse por lo menos una vez dentro de un periodo de 12 meses para completar un formulario de declaración de ingresos. Para que se le entregue la comida, la persona alternativa debe tener conocimiento de algunos datos. No se le podrá entregar la comida a la persona alternativa si es que ha habido algún cambio en cuanto al número de personas en el hogar o a los ingresos del solicitante.

Nombre de la persona alternativa: _____

Certifico que yo soy la única persona en mi hogar que ha solicitado esta asistencia. Confirmando que todos los ingresos de todas las personas que residen en mi hogar no superan el monto escrito en este formulario. Comprendo que solamente puede recibir comida del USDA una vez al mes. Comprendo que si presento información falsa el estado puede reclamarme el valor de la comida que yo no debería haber recibido, y pueden sujetarme a procesos legales bajo la ley estatal y federal.

Nombre del solicitante: _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

De acuerdo a las leyes federales de derechos civiles y a las regulaciones y normas de derecho civil del departamento de agricultura de los EEUU (USDA), el USDA y sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan en o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar en base a la raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o en represalia o como retaliación por actividades anteriores relacionadas al derecho civil, en el ámbito de cualquier y todo programa o actividad financiada o gestionada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran una vía de comunicación alternativa para obtener información sobre el programa (por ejemplo, en braille, textos más grandes, en audio, lengua de señas, etcétera) deberían comunicarse con la oficina (estatal o local) a través de la cual solicitaron los beneficios. Las personas sordas o con pérdida auditiva o con problemas del habla pueden comunicarse con el USDA a través del servicio transmisión federal, llamando al (800) 877-8339. La información del programa también puede ponerse a su disposición en otros idiomas.

Para presentar una queja por discriminación, complete el formulario **USDA Program Discrimination Complaint Form**, (AD-3027) que se encuentra en internet: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, como también en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta al USDA, con la misma información que requiere el formulario. Puede pedir una copia del formulario llamando al (866) 632-9992. Presente su formulario o carta por:

- | | |
|--|--|
| (1) Correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; | (2) Fax: (202) 690-7442; o |
| | (3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov . |

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades en el empleo y en la prestación de servicios



Blue Ridge Area
FOOD BANK
Everyone should have enough to eat.

A member of
FEEDING AMERICA

Solicitud para el programa suplementario de productos básicos de Virginia (CSFP, por sus siglas en inglés)

Nombre del solicitante: _____ Hombre _____ Mujer _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____ Departamento/No. _____

Ciudad: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Ingresos del hogar: _____ por () semana () mes () año Número de personas en el hogar: _____

Los participantes deben informar los cambios en cuanto a los ingresos que hay en el hogar o cambios en el número de personas que residen en el hogar, dentro de los 10 día que ocurran dichos cambios.

Esta solicitud se completa en relación a una asistencia federal. Los agentes del programa pueden verificar la información que se presente a través de este formulario. Comprendo que una deliberada tergiversación puede implicar una acusación bajo estatutos estatales y federales. También comprendo que no puedo recibir beneficios del CSFP y del WIC al mismo tiempo, y que tal vez no pueda recibir beneficios CSFP por parte de más de una sucursal de CSFP a la vez. Además, comprendo que la información que brindo puede ser compartida con otras organizaciones para detectar y prevenir una repetición o duplicación de servicios. Me han notificado mis derechos y obligaciones en relación a este programa. Afirmo que la información que he provisto, para que se determine si soy elegible para el programa, es correcta, conforme a mi leal saber y entender.

Yo autorizo el intercambio de la información que brindo en este formulario, con otras organizaciones que gestionen programas de asistencia para que se determine mi posible participación en otros programas de asistencia pública y para actividades de enlace social del programa. () Sí () No

El USDA requiere los siguientes datos estadísticos. Las respuestas no afectan la selección de participantes.	
1. ¿Es usted hispano o latino? () Sí () No	2. ¿A qué grupo racial pertenece? (seleccione uno o más) () aborigen americano o nativo de Alaska () asiático () negro o afroamericano () nativo del Hawái u otras Islas Pacíficas () blanco

De acuerdo a las leyes federales de derechos civiles y a las regulaciones y normas de derecho civil del departamento de agricultura de los EEUU (USDA), el USDA y sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan en o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar en base a la raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o en represalia o como retaliación por actividades anteriores relacionadas al derecho civil, en el ámbito de cualquier y todo programa o actividad financiada o gestionada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran una vía de comunicación alternativa para obtener información sobre el programa (por ejemplo, en braille, textos más grandes, en audio, lengua de señas, etcétera) deberían comunicarse con la oficina (estatal o local) a través de la cual solicitaron los beneficios. Las personas sordas o con pérdida auditiva o con problemas del habla pueden comunicarse con el USDA a través del servicio transmisión federal, llamando al (800) 877-8339. La información del programa también puede ponerse a su disposición en otros idiomas.

Para presentar una queja por discriminación, complete el formulario [USDA Program Discrimination Complaint Form, \(AD-3027\)](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) que se encuentra en internet: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, como también en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta al USDA, con la misma información que requiere el formulario. Puede pedir una copia del formulario llamando al (866) 632-9992. Presente su formulario o carta por:

(1) Correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

(2) Fax: (202) 690-7442; o

(3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades en el empleo y en la prestación de servicios

Firma del solicitante

_____/_____/_____
Fecha



Formulario general para el uso del programa informático Link2Feed

Información general

Fecha en que visitó al banco de alimentos por primera vez _____

* Apellido: _____ * Primer nombre: _____

* Fecha de nacimiento: ____/____/____ ¿estimada? Y N

*** Género:**

Masculino Femenino Transexual no revela

*** Estado civil:**

Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a
 Concubinato Separado/a no proporciona información

* Dirección: _____ Dirección (segundo renglón): _____

* Condado: _____

* Ciudad: _____ * Estado: _____ * Código postal: _____

No tiene domicilio fijo

*** Tipo de vivienda:**

Refugio de emergencia/
centro de acogida Vivienda pública (asistencia social) Sin vivienda
 Con parientes/amigos Otro
 Evacuado Casa/refugio para menores
 Casa propia información no proporcionada
 Vivienda alquilada motel

Dirección de correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____

¿Prefiere comunicarse en inglés? Sí No O, ¿qué idioma prefiere?: _____

***Referido por:**

Un anuncio Escuela
 Iglesia u organización sin fines de lucro Servicios sociales
 No se aplica, ya formaba parte del programa No sabe/no comparte
 Internet Se enteró por otras personas

*** Grupo étnico:**

blanco y/o anglosajón asiático otro
 negro y/o afroamericano nativo de Alaska, aleut o eskimal no proporciona información
 hispano y/o latino del medio oriente o norafricano
 aborígen americano y/o nativo de las Américas de la islas pacíficas

*** Se considera (a sí mismo como):**

discapacitado veterano ninguna no proporciona info

Formulario general para el uso del programa informático Link2Feed (viene de la página anterior)

Perfil de información

*** Educación:**

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Grados 0-8 | <input type="checkbox"/> Terciario | <input type="checkbox"/> Posgrado o Master |
| <input type="checkbox"/> Grados 9-11 | <input type="checkbox"/> Escuela de oficio/acreditación profesional | <input type="checkbox"/> Doctorado |
| <input type="checkbox"/> Diploma de la escuela secundaria | <input type="checkbox"/> 2 años de estudio universitarios | |
| <input type="checkbox"/> GED | <input type="checkbox"/> 4 años de estudio universitarios | <input type="checkbox"/> no proporciona información |

*** Tipo de empleo (actualmente):**

- | | | | |
|---|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Jornalero | <input type="checkbox"/> Trabajador temporal | <input type="checkbox"/> Tiempo completo | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad | <input type="checkbox"/> Desempleados | <input type="checkbox"/> Medio tiempo | <input type="checkbox"/> Retirado |
| <input type="checkbox"/> Militar | <input type="checkbox"/> Desempleados – buscando trabajoseeking work | <input type="checkbox"/> Ningún | |
| <input type="checkbox"/> Múltiples trabajos | <input type="checkbox"/> Estudiante (que ya ha completado el secundario) | <input type="checkbox"/> No relevado | |

Ingresos mensuales y beneficios para el jefe/a de familia

*** Fuentes de ingreso (marque todas las que correspondan y anote el monto que gana el jefe/a de la familia)**

- | | | | |
|---|--|------------------|--|
| <input type="checkbox"/> no hay ingresos | | | |
| <input type="checkbox"/> empleo de tiempo completo \$ _____ por mes | <input type="checkbox"/> Jubilación | \$ _____ por mes | |
| <input type="checkbox"/> empleo de medio tiempo \$ _____ por mes | <input type="checkbox"/> Seguro social | \$ _____ por mes | |
| <input type="checkbox"/> otros ingresos \$ _____ por mes | <input type="checkbox"/> SSI/SSDI | \$ _____ por mes | |

TOTAL MENSUAL \$ _____

***Otros beneficios que recibe el jefe o la jefa de la familia:**

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asistencia para familias con menores dependientes "AFDC" | <input type="checkbox"/> Almuerzos escolares reducidos o gratuitos | <input type="checkbox"/> Asistencia para el alquiler de vivienda Sección 8 |
| <input type="checkbox"/> Asistencia para personas ciegas o discapacitadas | <input type="checkbox"/> Headstart (programa preescolar) | <input type="checkbox"/> Por discapacidad relacionada al servicio militar |
| <input type="checkbox"/> Cobertura de salud para niños "CHIP" | <input type="checkbox"/> Asistencia para el combustible y energía para hogares de bajos ingresos "LIHEAP" | <input type="checkbox"/> Programa de asistencia nutricional suplementaria "SNAP" |
| <input type="checkbox"/> Programa suplementario de alimentos básicos "CSFP" | <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Asistencia temporal para familias necesitadas "TANF" |
| | <input type="checkbox"/> Programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, bebés y niños "WIC" | |

Consideraciones alimentarias para todos miembros del hogar

- | | | | |
|------------------------------------|---|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cardíacos | <input type="checkbox"/> Kosher | <input type="checkbox"/> Puerco | <input type="checkbox"/> Vegano |
| <input type="checkbox"/> Diabético | <input type="checkbox"/> Bajo sodio | <input type="checkbox"/> Mariscos | <input type="checkbox"/> Vegetariano |
| <input type="checkbox"/> Huevo | <input type="checkbox"/> Leche | <input type="checkbox"/> Sésamo | <input type="checkbox"/> Trigo |
| <input type="checkbox"/> Fruta | <input type="checkbox"/> MSG | <input type="checkbox"/> Soja | |
| <input type="checkbox"/> Gluten | <input type="checkbox"/> Maní/cacahuete | <input type="checkbox"/> Sulfito | |
| <input type="checkbox"/> Halal | | <input type="checkbox"/> Nueces | <input type="checkbox"/> Otro |

Formulario general para el uso del programa informático Link2Feed. Por favor complete una hoja con los datos de cada miembro del hogar.

Nombre del jefe o jefa de la familia: _____

* Apellido: _____ * Primer nombre: _____	
* Fecha de nacimiento: ____/____/____ ¿estimada? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
* Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> no revela	
* Relación: <input type="checkbox"/> esposo/a <input type="checkbox"/> hijo/a <input type="checkbox"/> padre/madre <input type="checkbox"/> hermano/a <input type="checkbox"/> nieto/a <input type="checkbox"/> abuelo/a <input type="checkbox"/> otro pariente <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> novio/a <input type="checkbox"/> pareja (concubinato) <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> compañero/a de vivienda <input type="checkbox"/> no proporciona información	
* Grupo étnico: <input type="checkbox"/> blanco y/o anglosajón <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> negro y/o afroamericano <input type="checkbox"/> nativo de Alaska, aleut o esquimal <input type="checkbox"/> no proporciona información <input type="checkbox"/> hispano y/o latino <input type="checkbox"/> del medio oriente o norafricano <input type="checkbox"/> aborígen americano y/o nativo de las América <input type="checkbox"/> de las islas pacíficas	
* Se considera (a sí mismo como): <input type="checkbox"/> discapacitado <input type="checkbox"/> veterano <input type="checkbox"/> ninguna <input type="checkbox"/> no proporciona info	
* Fuentes de ingreso (marque todas las que correspondan y anote el monto que gana el jefe/a de la familia)	
<input type="checkbox"/> no hay ingresos	
<input type="checkbox"/> empleo de tiempo completo \$ _____ por mes	<input type="checkbox"/> Jubilación \$ _____ por mes
<input type="checkbox"/> empleo de medio tiempo \$ _____ por mes	<input type="checkbox"/> Seguro social \$ _____ por mes
<input type="checkbox"/> otros ingresos \$ _____ por mes	<input type="checkbox"/> <i>SSI/SSDI</i> \$ _____ por mes TOTAL
MENSUAL \$ _____	
* Otros beneficios que recibe el jefe o la jefa de la familia:	
<input type="checkbox"/> Asistencia para familias con menores dependientes "AFDC"	<input type="checkbox"/> Almuerzos escolares reducidos o gratuitos
<input type="checkbox"/> Asistencia para personas ciegas o discapacitadas	<input type="checkbox"/> Headstart (programa preescolar)
<input type="checkbox"/> Cobertura de salud para niños "CHIP"	<input type="checkbox"/> Asistencia para el combustible y energía para hogares de bajos ingresos "LIHEAP"
<input type="checkbox"/> Programa suplementario de alimentos básicos "CSFP"	<input type="checkbox"/> Medicaid
	<input type="checkbox"/> Programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, bebés y niños "WIC"
	<input type="checkbox"/> Asistencia para el alquiler de vivienda Sección 8
	<input type="checkbox"/> Por discapacidad relacionada al servicio militar
	<input type="checkbox"/> Programa de asistencia nutricional suplementaria "SNAP"
	<input type="checkbox"/> Asistencia temporal para familias necesitadas "TANF"
* Apellido: _____ * Primer nombre: _____	
* Fecha de nacimiento: ____/____/____ ¿estimada? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
* Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> no revela	
* Relación: <input type="checkbox"/> esposo/a <input type="checkbox"/> hijo/a <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> hermano/a <input type="checkbox"/> nieto/a <input type="checkbox"/> abuelo/a <input type="checkbox"/> otro pariente <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> novio/a <input type="checkbox"/> pareja (concubinato) <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> compañero/a de vivienda <input type="checkbox"/> no proporciona información	
* Grupo étnico: <input type="checkbox"/> blanco y/o anglosajón <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> negro y/o afroamericano <input type="checkbox"/> nativo de Alaska, aleut o esquimal <input type="checkbox"/> no proporciona información <input type="checkbox"/> hispano y/o latino <input type="checkbox"/> del medio oriente o norafricano <input type="checkbox"/> aborígen americano y/o nativo de las América <input type="checkbox"/> de las islas pacíficas	
* Se considera (a sí mismo como): <input type="checkbox"/> discapacitado <input type="checkbox"/> veterano <input type="checkbox"/> ninguna <input type="checkbox"/> no proporciona info	
* Fuentes de ingreso (marque todas las que correspondan y anote el monto que gana el jefe/a de la familia)	
<input type="checkbox"/> no hay ingresos	
<input type="checkbox"/> empleo de tiempo completo \$ _____ por mes	<input type="checkbox"/> Jubilación \$ _____ por mes
<input type="checkbox"/> empleo de medio tiempo \$ _____ por mes	<input type="checkbox"/> Seguro social \$ _____ por mes
<input type="checkbox"/> otros ingresos \$ _____ por mes	<input type="checkbox"/> <i>SSI/SSDI</i> \$ _____ por mes TOTAL
MENSUAL \$ _____	
* Otros beneficios que recibe el jefe o la jefa de la familia:	
<input type="checkbox"/> Asistencia para familias con menores dependientes "AFDC"	<input type="checkbox"/> Almuerzos escolares reducidos o gratuitos
<input type="checkbox"/> Asistencia para personas ciegas o discapacitadas	<input type="checkbox"/> Headstart (programa preescolar)
<input type="checkbox"/> Cobertura de salud para niños "CHIP"	<input type="checkbox"/> Asistencia para el combustible y energía para hogares de bajos ingresos "LIHEAP"
<input type="checkbox"/> Programa suplementario de alimentos básicos "CSFP"	<input type="checkbox"/> Medicaid
	<input type="checkbox"/> Programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, bebés y niños "WIC"
	<input type="checkbox"/> Asistencia para el alquiler de vivienda Sección 8
	<input type="checkbox"/> Por discapacidad relacionada al servicio militar
	<input type="checkbox"/> Programa de asistencia nutricional suplementaria "SNAP"
	<input type="checkbox"/> Asistencia temporal para familias necesitadas "TANF"

Formulario general para el uso del programa informático Link2Feed. Por favor complete una hoja con los datos de cada miembro del hogar.

* Apellido: _____ * Primer nombre: _____	
* Fecha de nacimiento: ____/____/____ ¿estimada? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
* Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> no revela	
* Relación: <input type="checkbox"/> esposo/a <input type="checkbox"/> hijo/a <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> hermano/a <input type="checkbox"/> nieto/a <input type="checkbox"/> abuelo/a <input type="checkbox"/> otro pariente <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> novio/a <input type="checkbox"/> pareja (concubinato) <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> compañero/a de vivienda <input type="checkbox"/> no proporciona información	
* Grupo étnico: <input type="checkbox"/> blanco y/o anglosajón <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> negro y/o afroamericano <input type="checkbox"/> nativo de Alaska, aleut o esquimal <input type="checkbox"/> no proporciona información <input type="checkbox"/> hispano y/o latino <input type="checkbox"/> del medio oriente o norafricano <input type="checkbox"/> aborígen americano y/o nativo de las América <input type="checkbox"/> de las islas pacíficas	
* Se considera (a sí mismo como): <input type="checkbox"/> discapacitado <input type="checkbox"/> veterano <input type="checkbox"/> ninguna <input type="checkbox"/> no proporciona info	
* Fuentes de ingreso (marque todas las que correspondan y anote el monto que gana el jefe/a de la familia)	
<input type="checkbox"/> no hay ingresos	
<input type="checkbox"/> empleo de tiempo completo \$ _____ por mes	<input type="checkbox"/> Jubilación \$ _____ por mes
<input type="checkbox"/> empleo de medio tiempo \$ _____ por mes	<input type="checkbox"/> Seguro social \$ _____ por mes
<input type="checkbox"/> otros ingresos \$ _____ por mes	<input type="checkbox"/> SSI/SSDI \$ _____ por mes TOTAL
MENSUAL \$ _____	
* Otros beneficios que recibe el jefe o la jefa de la familia:	
<input type="checkbox"/> Asistencia para familias con menores dependientes "AFDC"	<input type="checkbox"/> Almuerzos escolares reducidos o gratuitos
<input type="checkbox"/> Asistencia para personas ciegas o discapacitadas	<input type="checkbox"/> Headstart (programa preescolar)
<input type="checkbox"/> Cobertura de salud para niños "CHIP"	<input type="checkbox"/> Asistencia para el combustible y energía para hogares de bajos ingresos "LIHEAP"
<input type="checkbox"/> Programa suplementario de alimentos básicos "CSFP"	<input type="checkbox"/> Medicaid
	<input type="checkbox"/> Programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, bebés y niños "WIC"
	<input type="checkbox"/> Asistencia para el alquiler de vivienda Sección 8
	<input type="checkbox"/> Por discapacidad relacionada al servicio militar
	<input type="checkbox"/> Programa de asistencia nutricional suplementaria "SNAP"
	<input type="checkbox"/> Asistencia temporal para familias necesitadas "TANF"
* Apellido: _____ * Primer nombre: _____	
* Fecha de nacimiento: ____/____/____ ¿estimada? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
* Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> no revela	
* Relación: <input type="checkbox"/> esposo/a <input type="checkbox"/> hijo/a <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> hermano/a <input type="checkbox"/> nieto/a <input type="checkbox"/> abuelo/a <input type="checkbox"/> otro pariente <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> novio/a <input type="checkbox"/> pareja (concubinato) <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> compañero/a de vivienda <input type="checkbox"/> no proporciona información	
* Grupo étnico: <input type="checkbox"/> blanco y/o anglosajón <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> negro y/o afroamericano <input type="checkbox"/> nativo de Alaska, aleut o esquimal <input type="checkbox"/> no proporciona información <input type="checkbox"/> hispano y/o latino <input type="checkbox"/> del medio oriente o norafricano <input type="checkbox"/> aborígen americano y/o nativo de las América <input type="checkbox"/> de las islas pacíficas	
* Se considera (a sí mismo como): <input type="checkbox"/> discapacitado <input type="checkbox"/> veterano <input type="checkbox"/> ninguna <input type="checkbox"/> no proporciona info	
* Fuentes de ingreso (marque todas las que correspondan y anote el monto que gana el jefe/a de la familia)	
<input type="checkbox"/> no hay ingresos	
<input type="checkbox"/> empleo de tiempo completo \$ _____ por mes	<input type="checkbox"/> Jubilación \$ _____ por mes
<input type="checkbox"/> empleo de medio tiempo \$ _____ por mes	<input type="checkbox"/> Seguro social \$ _____ por mes
<input type="checkbox"/> otros ingresos \$ _____ por mes	<input type="checkbox"/> SSI/SSDI \$ _____ por mes TOTAL
MENSUAL \$ _____	
* Otros beneficios que recibe el jefe o la jefa de la familia:	
<input type="checkbox"/> Asistencia para familias con menores dependientes "AFDC"	<input type="checkbox"/> Almuerzos escolares reducidos o gratuitos
<input type="checkbox"/> Asistencia para personas ciegas o discapacitadas	<input type="checkbox"/> Headstart (programa preescolar)
<input type="checkbox"/> Cobertura de salud para niños "CHIP"	<input type="checkbox"/> Asistencia para el combustible y energía para hogares de bajos ingresos "LIHEAP"
<input type="checkbox"/> Programa suplementario de alimentos básicos "CSFP"	<input type="checkbox"/> Medicaid
	<input type="checkbox"/> Programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, bebés y niños "WIC"
	<input type="checkbox"/> Asistencia para el alquiler de vivienda Sección 8
	<input type="checkbox"/> Por discapacidad relacionada al servicio militar
	<input type="checkbox"/> Programa de asistencia nutricional suplementaria "SNAP"
	<input type="checkbox"/> Asistencia temporal para familias necesitadas "TANF"