



## Formulario de admisión general de Link2 Feed

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? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
* <b>Dirección:</b> Calle: _____ Calle (Línea 2): _____	
* Ciudad: _____ * Estado: _____ * Código postal: _____	
* Condado: _____ <input type="checkbox"/> Sin dirección fija	
* <b>Tipo de vivienda:</b> <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Con familia/amigos <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia/Hotel/Motel/Sin vivienda <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No pregunté	
Ingresos y beneficios mensuales del hogar	
* <b>Ingresos -- Proporcione la cantidad de ingresos mensuales para TODO EL HOGAR:</b>	
<input type="checkbox"/> Sin ingresos	
INGRESOS TOTALES MENSUALES \$ _____	
* <b>¿Alguien del hogar está recibiendo SNAP (Estampillas para alimentos)?</b>	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> No pregunté	
* <b>Calificador: ¿TODOS en su hogar reciben alguna de las siguientes ayudas?</b>	
<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) – “Cupones para alimentos”	<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/> Medicaid/seguro de enfermedad
Firmado por el solicitante o apoderado. **USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades**	
Firma: <u>Actualmente, el USDA no exige firmas debido al COVID</u> Fecha: _____	
* <b>Identidad de Género:</b> <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgenero <input type="checkbox"/> No binario	
<input type="checkbox"/> Ninguno de estos <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> No pregunté	
* <b>Estado civil:</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Ley común <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No pregunté	

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Es el inglés su idioma principal?  Sí  No Si no, idioma principal: \_\_\_\_\_

**\*Referido por:**

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

**\* Etnicidad:**

Blanco / Anglo  Asiático  N/A  
 Negro / afroamericano  Nativo de Alaska / Aleut  Otro  
 Hispano / Latino  Medio Oriente/África del Norte  Sin revelar  
 Indio Americano / Nativo Americano  Isleño del Pacífico

**\* Se identifica como:**

Discapacidad  Veterano  Ninguno  No sé  Prefiero no contestar  No pregunté

### Otros miembros del hogar

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_