



"Providing help, creating hope"

## Formulario de Admisión

### Información Personal

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Etnicidad:  Hispano  No Hispano

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad de Cliente: \_\_\_\_\_

Número de personas en el hogar: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Sexo de Cabeza de Familia:  Mujer  Hombre

Edad de Cabeza de Familia: \_\_\_\_\_

### Raza del Cliente

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco                                       | <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska y Blanco                |
| <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano                        | <input type="checkbox"/> Asiático y Blanco  |
| <input type="checkbox"/> Asiático                                     | <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano y Blanco                             |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska             | <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska y Negro / Afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo / Otros Isleños del Pacífico | <input type="checkbox"/> Otra   |

Ingresos del hogar: \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

Si el hogar recibe otra ayuda, marque las opciones apropiadas a continuación. No se requiere prueba.

- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF)
- Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)
- Programa nacional de Almuerzos Escolares (NSLP)
- Medicaid

### Familias Afectadas por COVID-19

Ejemplos: Pérdida de trabajo; menos horas de trabajo, niños no están en la escuela, etc.

¿Ha afectado la pandemia su necesidad de asistencia como se indica en los ejemplos anteriores o de alguna otra manera?

- Si  No

## Miembros Adicionales del Hogar

Nombre	Género	Raza	Fecha de Nacimiento	Relación	
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano

## Divulgación de Información y Responsabilidad

*Entiendo que los alimentos provistos son donados de varias fuentes, por lo tanto, por la presente libero a Arlington Charities de responsabilidad bajo cualquier circunstancia por cualquier daño, comida en mal estado o contaminada, o cualquier reacción, enfermedad o alergia causada por los alimentos provistos. Es mi única responsabilidad inspeccionar y preparar adecuadamente todos los alimentos que pueda recibir. También entiendo que Arlington Charities no está obligada a proporcionarme alimentos de forma continua.*

*Entiendo que la información personal que he proporcionado y la información sobre los servicios que he recibido se pueden compartir con otras agencias para la verificación de los servicios y / o referencias de otros servicios.*

*Yo certifico que toda la información en esta forma es verdadera y correcta y que todos los ingresos son declarados. Yo entiendo que esta información se da para la recepción de los fondos federales, que la información en esta solicitud puede ser verificada, y que la falsificación deliberada de datos me expone a ser enjuiciado bajo las leyes estatales y federales.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Completar por personal:** \_\_\_\_\_

Presumed income category: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Staff Signature

\_\_\_\_\_  
Date