**Formulario de Admisión**

**Información Personal**

Nombre (Apellido, Primer Nombre): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_

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

Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Etnicidad: [ ]  Hispano [ ]  No Hispano

Fecha de Nacimiento (M/D/YYYY): \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo de Cabeza de Familia: [ ]  Mujer [ ]  Hombre

Edad de Cabeza de Familia:

Número de personas en el hogar: \_

Edad de Cliente:

**Raza del Cliente**

[ ]  Blanco [ ]  Indio Americano / Nativo de Alaska y Blanco

[ ]  Negro / Afroamericano [ ]  Asiático y Blanco

[ ]  Asiático [ ]  Negro / Afroamericano y Blanco

[ ]  Indio Americano/Nativo de Alaska [ ]  Indio Americano / Nativo de Alaska y Negro / Afroamericano

[ ]  Hawaiano Nativo / Otros Isleños del Pacífico [ ]  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 Relación

 Nacimiento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Hispano [ ]  No Hispano

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Hispano [ ]  No Hispano

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Hispano [ ]  No Hispano

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Hispano [ ]  No Hispano

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Hispano [ ]  No Hispano

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Hispano [ ]  No Hispano

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Hispano [ ]  No Hispano \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Hispano [ ]  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 toda responsabilidad bajo ninguna circunstancia por cualquier daño alimento en mal estado o contaminado, o cualquier reacción, enfermedad o alergia causada por los alimentos proporcionados. Es mi exclusiva responsabilidad inspeccionar y preparar adecuadamente todos los alimentos que pueda recibir. También entiendo que Arlington Charities no está obligado a proporcionarme alimentos de forma continua.*

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

*Certifico que toda la información en este formulario es verdadera y correcta y que se reportan todos los ingresos.*

*Entiendo que esta información se proporciona para solicitar alimentos del USDA que se distribuyen a través del Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia (TEFAP).*

*Entiendo que la información es para recibir fondos federales y puede ser verificada, y que la falsificación deliberada de la información me puede someter a enjuciamiento bajo las leyes estatales y federales aplicables.*

**Firma del Cliente Fecha**

**Completar por personal:**

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

Staff Signature Date