

# PROGRAMA DE COMESTIBLES COMPARTIDOS PARA MIEMBROS



**FECHA**

Nº DE IDENTIFICACION

**FECHA DE NACIMIENTO**

NOMBRE DEL EMPLEADO DE UP

**NOMBRE**

<b>Primer Nombre:</b>	<b>Segundo Nombre:</b>
<b>Apellido:</b>	<b>Sufijo:</b>

**DIRECCIÓN**

<b>Calle:</b>	
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>
<b>Código Postal:</b>	<b>Condado:</b>
<b>Nº de Teléfono:</b>	<b>Correo Electrónico:</b>

**TAMAÑO DEL HOGAR**

<b>Adultos</b>	
<b>Niños</b>	

**¿ TIENE HOGAR?**

<b>Si</b>	
<b>No</b>	

**VETERANO**

<b>Si</b>	
<b>No</b>	

**MUJER CABEZA DE FAMILIA**

<b>Si</b>	
<b>No</b>	

**GENERO (Seleccione todas las opciones que apliquen)**

<input type="checkbox"/>	<b>Femenina</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Masculino</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Un género que no sea singularmente femenino o masculino (p. Ej., No binario, fluido de género, agénero, género culturalmente específico)</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Transgénero</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Cuestionándose</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Prefiere no responder</b>

**RAZA (Seleccione todas las opciones que apliquen)**

<input type="checkbox"/>	<b>Indio American(a)(o)(x), nativ(a)(o)(x) de Alaska o Indígen(a)(o)(x)</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Asiatic(a)(o)(x) u Asiatic(a)(o)(x) American(a)(o)(x)</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Negr(a)(o)(x), Afro- American(a)(o)(x), o African(a)(o)(x)</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Hawaian(a)(o)(x) o Isleñ(a)(o)(x) del Pacífico</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Blanc(a)(o)(x)</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Prefiere no responder</b>

**INGRESOS DEL NÚCLEO FAMILIAR**

<b>Empleo</b>	\$
<b>Seguro Social - Retiro</b>	\$
<b>Beneficios SSI/SSDI</b>	\$
<b>Manutención de menores</b>	\$
<b>Desempleo</b>	\$
<b>Subsidio SNAP</b>	\$
<b>Beneficios de Veterano</b>	\$
<b>TOTAL de Ingresos del Hogar</b>	\$

**ETNICIDAD**

<input type="checkbox"/>	<b>No-Hispan(a)(o)(x)// No-Latin(a)(o)(x)</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Hispan(a)(o)(x)/Latin(a)(o)(x)</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Cliente no sabe</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Prefiere no responder</b>

**MAS INFORMACION ACERCA DE PROGRAMAS DE UP**

<b>Si</b>	
<b>No</b>	

Certifico que soy elegible según las normas de United Against Poverty, Inc. (UP) para recibir servicios. La elegibilidad está determinada por la tabla de elegibilidad de ingresos publicada en el mostrador de bienvenida. Esta tabla es para determinar que estoy viviendo en o por debajo del 200% del nivel de pobreza. Por la presente verifico que la información proporcionada es correcta y que actualmente vivo en la dirección que ingresé anteriormente. Doy permiso a UP para compartir esta información con otras agencias con el único propósito de atender mejor mis necesidades durante dos años a partir de la fecha de esta solicitud.

Firma X

Fecha:

Firma de Empleado de UP:

Fecha: