

REGISTRO: AQUELLOS CON COCINAS

La información que proporcione se mantendrá confidencial, y será utilizada para garantizar que nuestros programas satisfagan sus necesidades. La información proporcionada solo será compartida con las agencias asociadas cuando sea necesario. Ninguna información confidencial se compartirá con otros clientes.



¡GRACIAS POR SU COOPERACIÓN!

POR FAVOR COMPLETE TODAS LAS SECCIONES DE ESTE FORMULARIO DE ENTRADA

FECHA: / /

NOMBRE: APELLIDO:

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO:

CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL:

NÚMERO(S) DE TELÉFONO: DOMICILIO: MÓVIL: CORREO ELECTRÓNICO:

FECHA DE NACIMIENTO: / /

Me identifico como: Hombre Mujer Transgénero No sé Otro

Étnica/Raza: Blanca Hispana/Latina/Latinx Negra/Africana Asiática
 Indígena Americana Del este de la India De las islas Pacíficas Del medio Oriente
 Multiracial Rechazo declarar

¿Cuál es su estado de trabajo actual?:

Empleo de tiempo completo (40 hora por semana) Empleo de medio tiempo, más de 20 horas por semana
 Empleo de menos de 20 horas por semana Empleo estacional Sin empleo En retiro/jubilación

Veterano(a/x) Militar de EEUU: Sí No

¿Está actualmente matriculado en escuela, colegio, o universidad?: Sí No

En caso afirmativo, por favor indique en cuál institución educativa:

CU Boulder Naropa University Watson University Front Range Community College
 Otra: _____

Fuentes de Ingreso(s): (MARQUE TODOS LOS QUE APLICAN)

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ingreso de SSDI/SSI/SS | <input type="checkbox"/> CO Works / TANF | <input type="checkbox"/> Ayuda Estatal: Discapacidad, Ciego(a/x), Pensión de Tercera Edad | |
| <input type="checkbox"/> Salarios | <input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores | <input type="checkbox"/> Beneficios de Veteranos | <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia |
| <input type="checkbox"/> Mantenimiento de hijo(a/x)s | <input type="checkbox"/> Ayuda Estudiantil | <input type="checkbox"/> Pensión | <input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo |
| <input type="checkbox"/> Estampillas de Comida (SNAP) | <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> Almuerzo/Desayuno Escolar Gratuito | <input type="checkbox"/> Ayuda de Vivienda |
| <input type="checkbox"/> LEAP | <input type="checkbox"/> Asistencia con Cuidado de Niño(a/x)s | <input type="checkbox"/> Ninguna | |

Indique sus ingresos brutos (monto total antes de impuestos):

_____ Anual o Mensual (Marque una opción con un círculo)

Ésto no afectará su capacidad de acceder a la Dispensa, es únicamente para objetivos de informes de Harvest of Hope.

¿Cómo se enteró de Harvest of Hope Pantry?:

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amistad, familia, o vecino(a/x) | <input type="checkbox"/> Iglesia: _____ | <input type="checkbox"/> Bridge House |
| <input type="checkbox"/> Colgadores de Puerta | <input type="checkbox"/> Vi el rótulo mientras conducía | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Servicios Sociales del Condado de Boulder | <input type="checkbox"/> Otra organización: _____ | |

¿Qué distancia viaja para llegar a Harvest of Hope Pantry?:

- | | | | |
|---------------------------------------|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 - 3 millas | <input type="checkbox"/> 3.5 - 6 millas | <input type="checkbox"/> 6.5 - 10 millas | <input type="checkbox"/> >10 millas |
|---------------------------------------|---|--|-------------------------------------|

¿Qué tipo de transporte utiliza para llegar a Harvest of Hope Pantry?:

- | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Manejo carro | <input type="checkbox"/> Via | <input type="checkbox"/> Bicicleta | <input type="checkbox"/> Me deja pasando un(a/x) amigo(a/x), pariente, vecino(a/x) |
| <input type="checkbox"/> Autobús | <input type="checkbox"/> Voy a pié | | |

Número Total de Miembros del Domicilio (Esto es para registrar el número total de personas por quien estará comprando regularmente):

# DE ADULTOS	# DE NIÑO(A/X)S (MENOR DE 18 AÑOS)	# DE ADULTOS 65+

Nombre de Otros Miembros del Domicilio	Relación	Fecha de Nacimiento MM/DD/YYYY	ID de Verificación
1.	<input type="checkbox"/> Espos/a(x) <input type="checkbox"/> Hijo(a/x) <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otro(a/x)	/ /	<input type="checkbox"/> ID Foto <input type="checkbox"/> Licencia de manejar <input type="checkbox"/> ID escuela <input type="checkbox"/> Otro
2.	<input type="checkbox"/> Espos/a(x) <input type="checkbox"/> Hijo(a/x) <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otro(a/x)	/ /	<input type="checkbox"/> ID Foto <input type="checkbox"/> Licencia de manejar <input type="checkbox"/> ID escuela <input type="checkbox"/> Otro
3.	<input type="checkbox"/> Espos/a(x) <input type="checkbox"/> Hijo(a/x) <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otro(a/x)	/ /	<input type="checkbox"/> ID Foto <input type="checkbox"/> Licencia de manejar <input type="checkbox"/> ID escuela <input type="checkbox"/> Otro
4.	<input type="checkbox"/> Espos/a(x) <input type="checkbox"/> Hijo(a/x) <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otro(a/x)	/ /	<input type="checkbox"/> ID Foto <input type="checkbox"/> Licencia de manejar <input type="checkbox"/> ID escuela <input type="checkbox"/> Otro
5.	<input type="checkbox"/> Espos/a(x) <input type="checkbox"/> Hijo(a/x) <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otro(a/x)	/ /	<input type="checkbox"/> ID Foto <input type="checkbox"/> Licencia de manejar <input type="checkbox"/> ID escuela <input type="checkbox"/> Otro
6.	<input type="checkbox"/> Espos/a(x) <input type="checkbox"/> Hijo(a/x) <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otro(a/x)	/ /	<input type="checkbox"/> ID Foto <input type="checkbox"/> Licencia de manejar <input type="checkbox"/> ID escuela <input type="checkbox"/> Otro
7.	<input type="checkbox"/> Espos/a(x) <input type="checkbox"/> Hijo(a/x) <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otro(a/x)	/ /	<input type="checkbox"/> ID Foto <input type="checkbox"/> Licencia de manejar <input type="checkbox"/> ID escuela <input type="checkbox"/> Otro
8.	<input type="checkbox"/> Espos/a(x) <input type="checkbox"/> Hijo(a/x) <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otro(a/x)	/ /	<input type="checkbox"/> ID Foto <input type="checkbox"/> Licencia de manejar <input type="checkbox"/> ID escuela <input type="checkbox"/> Otro
9.	<input type="checkbox"/> Espos/a(x) <input type="checkbox"/> Hijo(a/x) <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otro(a/x)	/ /	<input type="checkbox"/> ID Foto <input type="checkbox"/> Licencia de manejar <input type="checkbox"/> ID escuela <input type="checkbox"/> Otro
10.	<input type="checkbox"/> Espos/a(x) <input type="checkbox"/> Hijo(a/x) <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otro(a/x)	/ /	<input type="checkbox"/> ID Foto <input type="checkbox"/> Licencia de manejar <input type="checkbox"/> ID escuela <input type="checkbox"/> Otro

* Por favor tenga en cuenta que necesitaremos una identificación de cada persona registrada en el domicilio mayor de 16 años.

¿Cuáles son los servicios más necesarios, pero no disponibles en Boulder?: (POR FAVOR SEA LO MÁS DETALLADO(A/X) POSSIBLE)

Por favor firme y feche indicando que, a su mejor conocimiento, la información proporcionada en este documento es exacta y verdadera.

FIRMA DE CLIENTE(A/X):

FECHA: / /



Harvest of Hope Pantry
2960 Valmont Road
Boulder, CO 80301
P 720.382.1971
E info@hopepantry.org
W hopepantry.org

Harvest of Hope es una organización sin fines de lucro 501(c) (3). Donaciones son deductibles de impuestos y se le dará un recibo por su donación.