

REGISTRO: AQUELLOS *con* COCINAS

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



4830 Pearl Street
Boulder, CO 80301

720.382.1971
clients@hopepantry.org
www.hopepantry.org

POR FAVOR COMPLETE TODAS LAS SECCIONES DE ESTE FORMULARIO DE ENTRADA

FECHA: / /

				SOLO PARA USO DE OFICINA
Nombres de todos Miembros del Domicilio		Relación	Fecha de Nacimiento MM/DD/YYYY	ID de Verificación
NOMBRE	APELLIDO			
1.		Cliente Primario (a/x)	/ /	<input type="checkbox"/> ID Foto <input type="checkbox"/> ID escuela <input type="checkbox"/> Licencia de manejar <input type="checkbox"/> Otro
2.		<input type="checkbox"/> Esposo (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"/> ID escuela <input type="checkbox"/> Licencia de manejar <input type="checkbox"/> Otro
3.		<input type="checkbox"/> Esposo (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"/> ID escuela <input type="checkbox"/> Licencia de manejar <input type="checkbox"/> Otro
4.		<input type="checkbox"/> Esposo (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"/> ID escuela <input type="checkbox"/> Licencia de manejar <input type="checkbox"/> Otro
5.		<input type="checkbox"/> Esposo (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"/> ID escuela <input type="checkbox"/> Licencia de manejar <input type="checkbox"/> Otro
* Por favor tenga en cuenta que necesitaremos una identificación de cada persona registrada en el domicilio mayor de 16 años.				<input type="checkbox"/> Verificación POR

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO:

CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL:

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

FECHA DE NACIMIENTO: / /

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

Me identifico como: Hombre Mujer Transgénero No sé Otro

¿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)

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

¿Cómo se enteró de Harvest of Hope Pantry?:

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

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

- 0 - 3 millas 3.5 - 6 millas 6.5 - 10 millas >10 millas

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

- Manejo carro Via Bicicleta Me deja pasando un(a/x) amigo(a/x), pariente, vecino(a/x)
 Autobús Voy a pié

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.

Por favor firme y feche indicando que, a su mejor conocimiento, la información proporcionada en este documento es exacta y verdadera. Firmar este documento significa que usted entiende, acepta y está de acuerdo cumplir con las reglas y los términos de servicio.

NOTA: VIOLACIÓN DE CUALQUIERA DE LOS REGLAS Y TERMINOS DE SERVICIO PUDE RESULTAR EN LA PÉRDIDA PERMANENTE DE LOS PRIVILEGIOS DE COMPRAS.

FIRMA DE CLIENTE(A/X): _____ FECHA: / /

NOMBRE Y APELLIDO DE CLIENTE(A/X) IMPRESO: _____