

LA BOLSA DE COMIDA DE NAPA

Formulario del Cliente

Sección I: Información del Solicitante

| | | |
|--|---|---|
| Nombre (Apellido, Nombre Completo) | | Fecha de Nacimiento |
| Domicilio | | |
| Código Postal | Ciudad | Teléfono |
| Genero <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | Etnicidad (Debe marcar <u>un</u> bloque) <input type="checkbox"/> Origen Hispano <input type="checkbox"/> No de origen Hispano | Raza (Por favor marque <u>todos</u> los bloques que se apliquen) <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Anglo <input type="checkbox"/> Otro |
| Educación (Por favor marque solo <u>un</u> bloque) <input type="checkbox"/> Primaria/Grados 1-6 <input type="checkbox"/> Secundaria/Grados 7-9 <input type="checkbox"/> Preparatoria/Grados 10-12 <input type="checkbox"/> (Graduar o GED) <input type="checkbox"/> Graduó del colegio/universidad de dos o cuatro años | | Salud/Seguro Medico (Por favor indique todo lo que sea apropiado) <input type="checkbox"/> No tengo aseguranza <input type="checkbox"/> Si, tengo aseguranza <input type="checkbox"/> Estoy discapacitado |

Sección II: Información Familiar del Solicitante

| | | |
|--|---|--|
| Status Familiar (Por favor marque solo <u>un</u> bloque) <input type="checkbox"/> Padre Soltero/Femenino <input type="checkbox"/> Padre Soltero/Masculino <input type="checkbox"/> Dos Padres <input type="checkbox"/> Persona Soltera <input type="checkbox"/> Dos adultos-Sin niños <input type="checkbox"/> Otro | | |
| Cuantas Personas En La Familia (Por favor marque solo <u>un</u> bloque) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 or more | Ingresos Mensuales De Toda La Familia \$ | |
| Fuente de Ingresos (Por favor marque <u>todos</u> los bloques que se apliquen) <input type="checkbox"/> Ningún Ingreso <input type="checkbox"/> Asistencia Publica (TANF) <input type="checkbox"/> Ingreso Suplemental de Seguro Social (SSI) <input type="checkbox"/> Asistencia de Seguro Social (SS) <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Asistencia General <input type="checkbox"/> Aseguranza de Desempleo <input type="checkbox"/> Empleo + Otro Recurso <input type="checkbox"/> Empleo Solamente <input type="checkbox"/> Otro | | |
| Vivienda (Por favor marque solo <u>un</u> bloque) | <input type="checkbox"/> Propio | <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Sin Residencia <input type="checkbox"/> Otro |
| ¿Es Ud. Agricultor? (Por favor marque solo <u>un</u> bloque) | <input type="checkbox"/> Sí, soy agricultor | <input type="checkbox"/> Sí, soy agricultor migratorio <input type="checkbox"/> No es aplicable |

| OTRAS PERSONAS EN SU CASA | | | | Educación (Por favor marque solo un bloque por persona) | | | | |
|---------------------------|----------------|------|---|---|------------|----------------------------|---------------|---------------------------|
| Apellido | Nombre Primero | Edad | Genero | Grados 1 a 6 | Grados 7-9 | Preparatoria/ Grados 10-12 | Graudar o GED | Graduar de la universidad |
| | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | | | | |

Para calificar para el programa de bolsa marrón de Senior, debe tener 60 años de edad o más y cumplir con los requisitos de ingresos del Departamento de servicios sociales de California. Usted debe enviar prueba de su ingreso mensual/anual con su solicitud al programa de NVFB/Brown Bag, 1766 Industrial Way, Napa, CA 94558 para la inscripción

- Un donativo **voluntario** de \$12.00 (doce dólares) por año es utilizado para pagar los costos operadores. Los donativos se utilizan para el Programa el bolsa de comida de Napa.
- Alimento es susceptible a la disponibilidad. La cantidad, la calidad, y la selección pueden variar.
- Las Bolsas de Alimento **TIENEN QUE** ser recogidas en el día de la distribución. **No las pueden guardar.**
- **Por favor llamada (707) 253-6128 si no puede recoger su bolsa.**

Certifico que la información que he dado en este formulario es, al mejor de mi conocimiento, completo y correcto.

Firma: _____

Fecha: _____

