



Cliente ID # \_\_\_\_\_

**Informacion del Cliente de Asistencia Alimentaria de Emergencia**

**Confidencial**

Clientes pueden recibir una caja de alimentos de emergencia una vez por mes. Identificacion con foto y comprobante de domicilio, es necesario para verificar su direccion. Favor de proporcionar la informacion requerida en esta forma con letra legible.

<b>Apellido</b>	<b>Nombre</b>	<b>DOB (mm/dd/yyyy)</b>
<b>Direccion</b>		<b>Sexo</b>
<b>Ciudad, Estado</b>	<b>Codigo Postal</b>	<b>Telefono</b>

<b>Raza</b> Marca el recuadro	<b>Hispanic?</b>	<b>Estado Civil</b> Marca el recuadro	<b>Empleo</b> Marca el recuadro	<b>Adicional</b> Marque las opciones siguiente
<input type="checkbox"/> Indio/Americano/ Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Si  <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Padre Soltero	<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Padre Viviendo con menores bajo de 6
<input type="checkbox"/> Asiatico		<input type="checkbox"/> Soltero (nunca casado)	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Dishabilitado
<input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano		<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Retirado	<input type="checkbox"/> Embarazada
<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/ Nativo Polineso		<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Madre soltera jefa de familia
<input type="checkbox"/> Blanco		<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Lo Desconosco	<input type="checkbox"/> Estampias
<input type="checkbox"/> Indio/Americano / Nativo de Alaska & Blanco		<input type="checkbox"/> Viudo		<input type="checkbox"/> WIC
<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/ Nativo Polineso & Blanco		<input type="checkbox"/> Desconocido		<input type="checkbox"/> Veterano de Guerra
<input type="checkbox"/> Multirracial / Otro Raza				
<input type="checkbox"/> Desconocido				

**Anuales \$** \_\_\_\_\_  **Dyario**  **Semanal**  **Bisemanal**  **Mensual**  **Annual**  **Desconocido**

**Informacion de personas que vivan con usted en casa**

<b>Apellido</b>	<b>Nombre</b>	<b>DOB(mm/dd/yyyy)</b>	<b>Edad</b>	<b>Raza</b>	<b>M/F</b>	<b>Relacion</b>

\_\_\_\_\_  
**Firma del cliente/ representante** **Nombre** **Fecha**

<b>Uso Autorizado Solamente</b>		
<b>Agency #</b> _____	<b>Agency Name</b> _____	<b>Case Manager ID#</b> _____

**Product Received by Client:**  Food Assistance Box  Baby Formula  Diapers: \_\_\_S \_\_\_M \_\_\_L \_\_\_XL