



Blue Ridge Area

FOOD BANK

Everyone should have enough to eat.

A member of
**FEEDING
AMERICA**

Formulario general para el uso del programa informático Link2Feed

Información general	
Fecha en que visitó al banco de alimentos por primera vez: _____	
Apellido: _____ Primer nombre: _____	
Fecha de nacimiento: ____/____/____ ¿estimado? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	
Dirección:	
Dirección: _____	
Dirección (numero de apartamento o segunda linea): _____	
Ciudad/Municipio: _____ Estado: _____ Código postal: _____	
Condado: _____	
<input type="checkbox"/> No tiene domicilio fijo	
* Género:	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transsexual/no binario <input type="checkbox"/> no revela	
* Estado civil:	
<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a	
<input type="checkbox"/> vivir en pareja <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> no proporciona información	
Dirección de correo electrónico: _____	
Número de teléfono _____	
¿Prefiere comunicarse en inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No O, ¿qué idioma prefiere?: _____	
Grupo étnico:	
<input type="checkbox"/> blanco y/o anglosajón <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> de la islas pacíficas	
<input type="checkbox"/> negro y/o afroamericano <input type="checkbox"/> nativo de Alaska, aleut o eskimal <input type="checkbox"/> otro	
<input type="checkbox"/> hispano y/o latino <input type="checkbox"/> del medio oriente o norafricano <input type="checkbox"/> no proporciona información	
<input type="checkbox"/> aborigen americano y/o nativo de las América	
Se considera (a sí mismo como):	
<input type="checkbox"/> discapacitado <input type="checkbox"/> veterano <input type="checkbox"/> ninguna <input type="checkbox"/> no proporciona info	
Ingresos mensuales y beneficios para el jefe/a de familia	
<input type="checkbox"/> no hay ingresos	
TOTAL INGRESOS MENSUAL \$ _____	
¿Todos los miembros del hogar del solicitante reciben estampillas de comida:	
<input type="checkbox"/> Programa de asistencia nutricional suplementaria "SNAP"	
<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingresos Suplementarios	
<input type="checkbox"/> Asistencia temporal para familias necesitadas "TANF"	
<input type="checkbox"/> Medicaid	

Miembro del Hogar

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Relación: _____

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Relación: _____

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Relación: _____

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Relación: _____

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Relación: _____

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Relación: _____

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Relación: _____

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Relación: _____

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Relación: _____

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Relación: _____

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Relación: _____