

Tri-Valley Haven Food Pantry

Nombre: _____ **Telefono:** _____

Direccion: Calle: _____

Ciudad: _____ Codigo Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Genero: Masculino Femenina
No Binario Otro: _____

Etnia/Raza: _____

Estado Civil: Otro: _____

Posición de empleo: Otro: _____

Cual es su ingreso **ANUAL**? _____

Cual es su ingreso **MENSUAL**? _____

Cuantos **NINOS** menores de 21 años tiene en su familia? _____

Cuantos en **TOTAL** son en su familia? _____

Numero **TOTAL** de personas en su hogar que recibe Medi-CAL _____

Es usted la cabeza de familia? Si No

La refirio SSA la Administración de Seguro Social? Si No

A. Recibe SSI (Seguro Social)? Si No

B. Esta desempleado/a? Si No

C. Esta elejible para trabajar? Si No

D. Recibe ayuda publica TANF/CalWORKS/welfare? Si No

E. Tiene otro ingreso? Si No

Dependientes: indique el nombre completo, la fecha de nacimiento y el sexo

LA INFORMACION PROPORCIONADA ES CORRECTA: _____

Firma del Cliente

Firma del Personal/Voluntario

Fecha