Fecha de Servicio: Staff Member:

**Sección I: Información del Cliente**

**Nombre del Cliente** (Apellido, Nombre Completo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento** (Mes/Día/Año) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Domicilio** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ciudad** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Genero** **Educación** **Estado Militar**

Femenino  Primaria/ Grados 0-8  Veterano

Masculino  Grados 9-12 / No Graduado  Activo en la Militar

Otro  Graduado de Preparatoria/ GED  No Servicio Militar

12 Grado + algo postsecundarios

**Etnicidad** (debe marcar **uno**)  Graduado de 2 o 4 años de Colegio **Estado de Salud**

Hispano, Latino, u Orígenes Españoles  Graduado de otra postsecundaria Incapacitado?  Sí  No

No Hispano, Latino u Orígenes Españoles Seguro Médico?  Sí  No

**Estado Laboral** **Fuentes de Seguro de Salud**

**Raza**  Empleado Tiempo Completo  Medicaid

Indígena Americano o Nativo de Alaska  Empleado Parte de Tiempo  Medicare

Asiático  Agrícola migratorio estacional  State Children’s Health Ins.

Negro o afroestadounidense  Desempleado (Menos de 6 meses)  State Health Ins.para Adultos

Nativo de Hawái / Islas del Pacifico  Desempleado (Mas de 6 meses)  Military Health Care Ins

Blanco  Desempleado (No en la fuerza laboral)  Comprado Directo

Otro  Retirado  Seguro del Trabajo

Multirracial (dos o más razas de arriba)  Actualmente en la escuela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sección II: Información de Contacto en caso de Emergencia**

**Nombre de Contacto/Domicilio/Teléfono** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre de Contacto/Domicilio/Teléfono** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sección III: Información del Hogar del Cliente**

**Tipo de Hogar** I**ngreso Mensual de Todo el Hogar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Personal Soltera **Fuente de Ingresos**  (Por favor marque **todos** los que apliquen)

Dos adultos Sin Niños  TANF – asistencia pública  Manutención de los hijos

Madre Soltera  SSI– Ingreso Suplemental de Seguro Social  Manutención o Pensión Conyugal

Padre Soltero  SSDI  Seguro de Desempleo

Dos Padres en el hogar  Retiro del Seguro Social  Earned Income Tax Credit

Adultos no relacionados con niños  Pensión  Asistencia General

Hogar multigeneracional  Seguro de Discapacidad Privado  Otro

Otro  Discapacidad de VA (conectado a servicios)

**#Miembros en el Hogar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Discapacidad de VA (No conectado a servicios)

**Vivienda** **Beneficios no Monetarios** (Por favor marque **todos** los que apliquen)

Dueño  SNAP / CAL FRESH  HUD-VASH

Renta  WIC  Childcare Voucher

Otra vivienda permanente  LIHEAP  Affordable Care Act Subsidy

Sin Hogar  Housing Choice Voucher  Otro

Otro  Public Housing - *Vivienda Pública*

Permanent Supportive Housing - *Vivienda de Apoyo Permanente*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sección IV: Otros Viviendo en el Hogar**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre** (Apellido, Primer Nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad**\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento** (Mes/Día/Año)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Educación:**  Grados 0-8  Grados 9-12  Grad de Prepa / GED  12 Grado y más **Genero\_\_\_\_\_\_**

2 o 4 años graduado del colegio  Graduado de Otro **en la Escuela?\_\_\_\_\_\_ Trabaja?\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre** (Apellido, Primer Nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad**\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento** (Mes/Día/Año)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Educación:**  Grados 0-8  Grados 9-12  Grad de Prepa / GED  12 Grado y más **Genero\_\_\_\_\_\_**

2 o 4 años graduado del colegio  Graduado de Otro **en la Escuela?\_\_\_\_\_\_ Trabaja?\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre** (Apellido, Primer Nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad**\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento** (Mes/Día/Año)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Educación:**  Grados 0-8  Grados 9-12  Grad de Prepa / GED  12 Grado y más **Genero\_\_\_\_\_\_**

2 o 4 años graduado del colegio  Graduado de Otro **en la Escuela?\_\_\_\_\_\_ Trabaja?\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre** (Apellido, Primer Nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad**\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento** (Mes/Día/Año)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Educación:**  Grados 0-8  Grados 9-12  Grad de Prepa / GED  12 Grado y más **Genero\_\_\_\_\_\_**

2 o 4 años graduado del colegio  Graduado de Otro **en la Escuela?\_\_\_\_\_\_ Trabaja?\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre** (Apellido, Primer Nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad**\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento** (Mes/Día/Año)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Educación:**  Grados 0-8  Grados 9-12  Grad de Prepa / GED  12 Grado y más **Genero\_\_\_\_\_\_**

2 o 4 años graduado del colegio  Graduado de Otro **en la Escuela?\_\_\_\_\_\_ Trabaja?\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mascotas #Perros:\_\_\_\_\_ #Gatos:\_\_\_\_\_**

**Para calificar para el Programa de La Bolsa de Comida, debe tener 60 años o más y cumplir con los requisitos de ingresos del Departamento de Servicios Sociales de California.**

* **Una donación voluntaria de $12.00 (doce dólares) por año se usa para sufragar los costos operativos. Las donaciones se usan solo para el Programa de La Bolsa de Comida.**
* **La comida está sujeta a disponibilidad. La cantidad, calidad y selección pueden variar. Toda la comida distribuida cumple con los criterios de la FDA y del Medio Ambiente.**
* **Las cajas de comida DEBEN recogerse en el día de distribución. No se pueden retener o dejar sin alguien presente.**
* **Por favor llame al (707) 253-6128 si no puede recoger su caja.**
* **Regrese por correo a: CANV Food Bank, 1766 Industrial Way, Napa, CA 94558**
* **Al firmar esta solicitud, certifica que cumple con los requisitos de bajos ingresos.**

*Certifico que la información que he proporcionado en este formulario es, al mejor de mi conocimiento, completa y correcta.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Cliente Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***SOLAMENTE PARA USO DE LA AGENCIA:***

Date Application Received:  New  Return

Amount Paid: $  Cash  Check – Check Number: