

PROGRAMA DE COMESTIBLES COMPARTIDOS PARA MIEMBROS



Fecha:	
---------------	--

No. de Identificación:	
------------------------	--

Fecha de Nacimiento:	
-----------------------------	--

Miembro de UP:	
----------------	--

NOMBRE

Primer:	Segundo:
Apellido:	Sufijo:

DIRECCIÓN

Calle:	
Ciudad:	Estado:
Código Postal:	Condado:
Teléfono:	Correo Electrónico:

TAMAÑO DEL HOGAR

Adultos	
Niños	

SIN HOGAR?

Sí	
No	

VETERANO

Sí	
No	

MUJER CABEZA DEL HOGAR

Sí	
No	

GENERO (Seleccione todas las opciones que apliquen)

<input type="checkbox"/>	Mujer
<input type="checkbox"/>	Hombre
<input type="checkbox"/>	No Binario
<input type="checkbox"/>	Transgénero
<input type="checkbox"/>	Cuestionando
<input type="checkbox"/>	Identidad específica cultural (Ej. Doble-Espíritu)
<input type="checkbox"/>	Identidad Diferente
<input type="checkbox"/>	Prefiere no responder

RAZA y ETNIA (Seleccione las todas las que apliquen)

<input type="checkbox"/>	Indio Americano/a, Nativo de Alaska, ó Indígena
<input type="checkbox"/>	Asiático/a, ó Asiático-Americano/a
<input type="checkbox"/>	Negro/a, Afro-Americano/a, ó Africano/a
<input type="checkbox"/>	Hispano/a Latino/a
<input type="checkbox"/>	Centro/Oriental, ó Nor-africano/a
<input type="checkbox"/>	Hawaiano/a Nativo, ó Isleño/a del Pacífico
<input type="checkbox"/>	Blanco/a
<input type="checkbox"/>	Prefiere no responder

INGRESO MENSUAL DEL NÚCLEO FAMILIAR

Empleo	\$
Retiro de Seguro Social	\$
Beneficios de SSI/SSDI	\$
Manutención de menores	\$
Beneficios de Desempleo	\$
Beneficios de SNAP	\$
Beneficios de Veterano	\$
INGRESO TOTAL DEL HOGAR	\$

Certifico que soy elegible según las normas de United Against Poverty, Inc. (UP) para recibir servicios. La elegibilidad está determinada por la tabla de elegibilidad de ingresos publicada en el mostrador de bienvenida. Esta tabla es para determinar que estoy viviendo en o por debajo del 200% del nivel de pobreza. Por la presente verifico que la información proporcionada es correcta y que actualmente vivo en la dirección que ingresé anteriormente. Doy permiso a UP para compartir esta información con otras agencias con el único propósito de atender mejor mis necesidades durante dos años a partir de la fecha de esta solicitud. Acepto recibir notificaciones por mensaje de texto y correo electrónico sobre ofertas especiales u otros programas que UP pueda ofrecer. Es posible que se apliquen tarifas de mensajes de texto o mensajes. Tengo derecho a optar por no recibir estas notificaciones por mensaje de texto o correo electrónico siguiendo las instrucciones en el mensaje de texto o correo electrónico sobre cómo cancelar la suscripción.

MÁS INFORMACIÓN ACERCA DE PROGRAMAS DE UP



FIRMA: _____

FECHA: _____