

FORMULARIO DEL PROGRAMA DE COMPARTICIÓN DE COMESTIBLES PARA MIEMBROS



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

Identificación #:	
-------------------	--

Fecha de nacimiento:	
-----------------------------	--

Miembro del personal de UP:	
-----------------------------	--

NOMBRE

Primero:	Centro:
Último:	Sufijo:

DIRECCIÓN

Calle:	
City:	Estado:
Zip:	Condado:
Teléfono:	Correo electrónico:

HOGAR TAMAÑO

Adultos	
Hijos	

SIN HOGAR

Sí	
No	

VETERANO SITUACIÓN

Sí	
No	

MUJER CABEZA DE FAMILIA

Sí	
No	

GÉNERO (Selecciona todo lo aplicable)

☐	Mujer
☐	Hombre
☐	No binario
☐	Transgénero
☐	Cuestionamiento
☐	Identidad culturalmente específica (por ejemplo, dos espíritus)
☐	Identidad diferente
☐	Prefiero no responder

RAZA y ETNICIDAD (Selecciona todo lo aplicable)

☐	Indio americano, nativo de Alaska o indígena
☐	Asiático o asiático-americano
☐	Negro, afroamericano o africano
☐	Hispana/Latina/e/o
☐	Oriente Medio o Norte de África
☐	Hawaiano nativo o isleño del Pacífico
☐	Blanco
☐	Prefiero no responder

¿CÓMO TE ENTERASTE DE UP

☐	Familia o amigo
☐	Redes sociales
☐	TV/Radio
☐	Divulgación de Derivaciones
☐	Evento del Mercado Móvil
☐	Otro

TODOS LOS INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR

Empleo	\$
Jubilación de la Seguridad Social	\$
Beneficios SSI/SSDI	\$
Manutención de los hijos	\$
Desempleo	\$
Beneficios de SNAP	\$
Beneficios para veteranos	\$
INGRESO TOTAL DEL HOGAR	\$

Certifico que soy elegible según los estándares de United Against Poverty, Inc. (UP) para los servicios. La elegibilidad se determina mediante la tabla de ingresos publicada en el mostrador de bienvenida. Este gráfico sirve para determinar si vivo al 200% o por debajo del umbral de pobreza. Por la presente verifico que la información proporcionada es correcta y que actualmente vivo en la dirección que introduje. 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. Debe cumplir con las Normas y Regulaciones de UAP publicadas en cada Centro UP. El incumplimiento de las normas supondrá la pérdida de la membresía. Acepto recibir notificaciones por SMS y correo electrónico sobre ofertas especiales u otros programas que UP pueda ofrecer. Pueden aplicarse tarifas por mensajes de texto o mensajes. Tengo derecho a no recibir estas notificaciones por SMS o correo electrónico siguiendo las instrucciones del texto o correo electrónico sobre cómo darme de baja.

MÁS INFORMACIÓN SOBRE LOS PROGRAMAS DE UP



FIRMA: _____

FECHA: _____