



Para obtener su comida, lleve esta tarjeta a: _____

Horas: _____ Teléfono: _____

Tipo: Pequeño Medio Grande Latino Asiático BAP F-BAP
Bebe A Bebe B Sin Sal Diabético TheraPak Vegetariano Estricto

Esta información es confidencial. "The Emergency Feeding Program" requiere mantener esta información como condición para la supervisión de los beneficios otorgados por "Community Development Block Grant" para el proyecto.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código: _____

¿Es esta su **primera** comida de emergencia este año? Sí No

Género: Masculino Femenino Otro/Transgénero

Estado Familiar: Soltero Casado Cabeza de familia

Origen étnico (marque solo uno): Hispano/Latino No Hispano/Latino

Raza (marque todos los que describan su herencia): Nativo Americano/Nativo de Alaska

Asiático Negro/Americano Africano Hawaiano/Otras Islas Pacíficas Blanco

Su edad: _____ Las edades de los otros viviendo en su casa: _____

¿Cuál es el ingreso mensual de su hogar? \$ _____ ¿Fuente de ingresos? _____

¿Cuál es el número de personas apoyado por estos ingresos? _____

¿Cuál es la razón que le hace falta comida? _____

¿Es Usted: empleado? sin hogar? discapacitado?

¿Es su habilidad de hablar inglés **excelente** o **limitada**? (marque solo uno)

¿Recibe ayuda para comida del gobierno (DSHS) como Estampillas Para Comida con la tarjeta Quest? Sí No

¿Si su respuesta es "No," ha solicitado estas estampillas? Sí No

¿Ha sido referido a otros recursos en la comunidad? Sí No

¿Le ayudaría saber de recursos en la comunidad? Sí No

¿Será bastante esta comida para cubrir sus necesidades dos días? Sí No

Yo certifico que tengo dieciocho años o más y que la información proporcionada es verdadera, precisa y completa a mi más leal saber y entender. Entiendo que la información es confidencial y solo sirve para la supervisión de los beneficios otorgados por "Community Development Block Grant" para el proyecto "The Emergency Feeding Program of Seattle & King County."

Firma: _____ Fecha: _____



Para obtener su comida, lleve esta tarjeta a: _____

Horas: _____ Teléfono: _____

Tipo: Pequeño Medio Grande Latino Asiático BAP F-BAP
Bebe A Bebe B Sin Sal Diabético TheraPak Vegetariano Estricto

Esta información es confidencial. "The Emergency Feeding Program" requiere mantener esta información como condición para la supervisión de los beneficios otorgados por "Community Development Block Grant" para el proyecto.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código: _____

¿Es esta su **primera** comida de emergencia este año? Sí No

Género: Masculino Femenino Otro/Transgénero

Estado Familiar: Soltero Casado Cabeza de familia

Origen étnico (marque solo uno): Hispano/Latino No Hispano/Latino

Raza (marque todos los que describan su herencia): Nativo Americano/Nativo de Alaska

Asiático Negro/Americano Africano Hawaiano/Otras Islas Pacíficas Blanco

Su edad: _____ Las edades de los otros viviendo en su casa: _____

¿Cuál es el ingreso mensual de su hogar? \$ _____ ¿Fuente de ingresos? _____

¿Cuál es el número de personas apoyado por estos ingresos? _____

¿Cuál es la razón que le hace falta comida? _____

¿Es Usted: empleado? sin hogar? discapacitado?

¿Es su habilidad de hablar inglés **excelente** o **limitada**? (marque solo uno)

¿Recibe ayuda para comida del gobierno (DSHS) como Estampillas Para Comida con la tarjeta Quest? Sí No

¿Si su respuesta es "No," ha solicitado estas estampillas? Sí No

¿Ha sido referido a otros recursos en la comunidad? Sí No

¿Le ayudaría saber de recursos en la comunidad? Sí No

¿Será bastante esta comida para cubrir sus necesidades dos días? Sí No

Yo certifico que tengo dieciocho años o más y que la información proporcionada es verdadera, precisa y completa a mi más leal saber y entender. Entiendo que la información es confidencial y solo sirve para la supervisión de los beneficios otorgados por "Community Development Block Grant" para el proyecto "The Emergency Feeding Program of Seattle & King County."

Firma: _____ Fecha: _____