



Fecha de hoy: ___ / ___ / ____

JEFE DE HOGAR: Complete la sección a continuación para el jefe de su hogar

1 Nombre Apellido

2 Cumpleaños MM / DD / YY
___ / ___ / ____

3 Raza
 Afroamericano
 Asiático
 Blanco
 Hispano
 Nativo Americano
 Orto:

4 Educación
 Menos de secundaria
 Graduado de secundaria
 GED
 Alguna educación superior
 Título universitario
 Orto:

5 Empleo
 Trabajando
 Desempleado
 Incapaz de trabajar (o deshabilitado)
 Retirado
 Orto:

6 Sexo
 Masculino
 Femenino
 Transgénero
 Orto:

7 Numero de Teléfono (____) - ____ - ____

de Seguridad Social (opcional) _____ - ____ - ____

8 DIRECCIÓN DEL HOGAR

Si no tiene hogar, marque esta casilla y pase a la pregunta 9

Dirección

Ciudad / Estado / Zip / Condado

Correo Electrónico (opcional)

9 ¿Cuál es el ingreso total de todos los miembros del hogar (por mes)? (ingreso bruto antes de deducciones)
\$

10 ¿Cuántas personas en su hogar son... (escriba los números en los cuadros a continuación ↴)
 Menores de 18 años
 18 a 59 años
 Mayores de 18 años

11 ¿Su hogar recibe alguna de las ayudas enumeradas a continuación? (marque los que apliquen)
 TANF
 SNAP (Estamillas de Comida)
 CHIP
 SSI
 Medicaid
 WIC
 Ninguna de las anteriores

12 ¿Hubo una situación de emergencia que te hizo necesitar comida? Si es así, explique a continuación ↴

Firme a continuación si está solicitando asistencia del Banco de Alimentos del Condado de Galveston ↴



X _____
Firma de cliente (es necesario que cada cliente este presente la primera vez que reciben asistencia) **Fecha**

Certifico que soy miembro del hogar descrito arriba y como representante de este hogar he aplicado para productos del USDA. Certifico que toda la información tocante a mi hogar es verdadera según mi conocimiento. Designo además la siguiente persona como representante de mi hogar y certifico que su información es correcta según mi conocimiento. El individuo con el firma abajo es responsable de recibir asistencia en nombre del cliente cada distribución hasta la fecha de re-certificación ...

Continúa en la siguiente →

Nombre de Representante Autorizado:	Domicilio de Representante Autorizado:

Esta información no será compartida con ninguna otra agencia o entidad otra que el Galveston County Food Bank para razones de reportaje. De acuerdo con la ley federal y póliza de USDA, esta institución tiene prohibido la discriminación basándose en la raza, color, origen national, sexo, edad, o discapacidad. Si Usted ha sido discriminado, deberá escribir a USDA, Director, Office of Adjudication and compliance, 1400 Independence Ave. SW, Washington D.C. 20250-9410 o llame 1-202-260-1026, 1-866-632-9992 (llamada gratis) o 1-202-401-0215 (TDD), USDA es proveedor de igualdad de oportunidades.

AGENCY DOCUMENTATION – GCFB Eligibility	
<input type="checkbox"/> Household is ELIGIBLE based on...	<input type="checkbox"/> Household is INELIGIBLE
<input type="checkbox"/> Low income <input type="checkbox"/> Receipt of TANF/AFDC <input type="checkbox"/> Receipt of SNAP (food stamps) <input type="checkbox"/> Receipt of SSI <input type="checkbox"/> Receipt of Medicaid <input type="checkbox"/> Emergency Food Need ↴	<input type="checkbox"/> Income level over 185% listed on Annual Income Guidelines <input type="checkbox"/> it is not an emergency situation and does not meet any other criteria <input type="checkbox"/> Other: *clients denied USDA products should be referred to the HFB for review
<p><i>If "emergency need" please describe below. Clients in this category may be served no more than 6 months unless another emergency can be documented. Emergency need comments:</i></p>	

If household is eligible based on criteria above ↴

Certification Period: Start Date: _____

End Date: _____

Agency Staff Initials: _____

Revisit form on: _____

13 Marque el nivel más alto de educación para toda su familia

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de secundaria | <input type="checkbox"/> Título asociado universitario |
| <input type="checkbox"/> Graduado de secundaria | <input type="checkbox"/> Título de licenciatura universitaria |
| <input type="checkbox"/> GED | <input type="checkbox"/> Título de maestría o doctorado |
| <input type="checkbox"/> Alguna educación superior | <input type="checkbox"/> Orto (escribe abajo ↴) |

14 Enumere los nombres de cualquier persona en su hogar que trabaje (más de 1 hora por semana)

Nombre de persona *Horas por semana*

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Individuos en el hogar

Complete la siguiente información para cada persona adicional en el hogar (*además del jefe del hogar*)

15a	Nombre	<input type="text"/>	Apellido	<input type="text"/>
15b	Cumpleaños MM / DD / YYYY	<input type="text"/>	Edad (años)	<input type="text"/>
	___ / ___ / ___			
15c	Sexo	Masculino	Femenino	Orto
	Raza	Afroamericano	Hispano	Blanco Orto
15d	La relación de la persona contigo (e.g. hijo, cónyuge, abuelo/a) <i>Escriba aquí</i> →		# de Seguridad Social (opcional) _____ - _____ - _____	

16a	Nombre	<input type="text"/>	Apellido	<input type="text"/>
16b	Cumpleaños MM / DD / YYYY	<input type="text"/>	Edad (años)	<input type="text"/>
	___ / ___ / ___			
16c	Sexo	Masculino	Femenino	Orto
	Raza	Afroamericano	Hispano	Blanco Orto
16d	La relación de la persona contigo (e.g. hijo, cónyuge, abuelo/a) <i>Escriba aquí</i> →		# de Seguridad Social (opcional) _____ - _____ - _____	

17a **Nombre** **Apellido**

17b **Cumpleaños** MM / DD / YYYY **Edad** (años)
 ___ / ___ / ___

17c **Sexo** Masculino Femenino Orto
Raza Afroamericano Hispano Blanco Orto

17d **La relación de la persona contigo**
 (e.g. hijo, cónyuge, abuelo/a) *Escriba aquí* →

de Seguridad Social (opcional)
 _____ - _____ - _____

18a **Nombre** **Apellido**

18b **Cumpleaños** MM / DD / YYYY **Edad** (años)
 ___ / ___ / ___

18c **Sexo** Masculino Femenino Orto
Raza Afroamericano Hispano Blanco Orto

18d **La relación de la persona contigo**
 (e.g. hijo, cónyuge, abuelo/a) *Escriba aquí* →

de Seguridad Social (opcional)
 _____ - _____ - _____

19a **Nombre** **Apellido**

19b **Cumpleaños** MM / DD / YYYY **Edad** (años)
 ___ / ___ / ___

19c **Sexo** Masculino Femenino Orto
Raza Afroamericano Hispano Blanco Orto

19d **La relación de la persona contigo**
 (e.g. hijo, cónyuge, abuelo/a) *Escriba aquí* →

de Seguridad Social (opcional)
 _____ - _____ - _____

Charity Tracker - Liberación de información (ROI)

La Red de Asistencia de Servicios para Comunidades de Todo el Continente, en lo sucesivo denominada "CharityTracker", es un sistema de mantenimiento de registros compartido e informatizado que captura información sobre las personas que experimentan la necesidad de servicios de emergencia, incluyendo, pero no limitado a la asistencia con facturas de servicios públicos, medicamentos, pagos de alquiler/hipoteca, etc. United Way Galveston County Mainland (*Agencia de Administración*) administra CharityTracker en nombre de las agencias participantes de la CharityTracker Assistance Network, incluida la Casa de San Vicente (*Agencia Participante*). Entiendo que toda la información recopilada sobre mí es personal y privada y que no tengo que participar en CharityTracker. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre CharityTracker y revisar la información básica de identificación, que está autorizada por esta publicación para que las Agencias Participantes de CharityTracker Assistance Network compartan. También entiendo que la información sobre los servicios no confidenciales que me proporciona Charity...

Autorizo a St. Vincent's House, como Agencia Participante de CharityTracker, a compartir mis transacciones/información de servicio básica, identificativa y no confidencial con otras agencias participantes de CharityTracker. Autorizo el uso de una copia de este original para servir como original para los fines indicados anteriormente. Además, autorizo a St. Vincent's House (Agencia Participante), como Agencia Participante de CharityTracker, a compartir las transacciones/información de servicio básica, identificativa y no confidencial de mi dependiente con otras agencias participantes de CharityTracker.

X _____
Firma autorizante del cliente

Fecha

Agency Representative Signature

Date

Consentimiento para buscar ayuda de donantes

Doy mi consentimiento a la Casa de San Vicente para hacer circular mi nombre con el fin de buscar la ayuda de donantes en mi nombre.

X _____
Firma

Fecha

Continúa en la siguiente

Utilizamos esta encuesta para recomendar otros posibles servicios que podríamos ofrecer, y **sus respuestas no le impedirán recibir nuestros servicios**. Para cada fila de la tabla a continuación, encierre en un círculo el cuadro que mejor describa la situación actual de **su hogar**. ¡Gracias!

	1	2	3	4	5
Comida	No hay comida o depende de comida gratis / de bajo costo	Recibe cupones de alimentos / SNAP	Puede satisfacer las necesidades básicas con asistencia ocasional	Puede satisfacer las necesidades básicas sin asistencia	Capaz de comprar cualquier alimento deseado y tiene alimentos saludables
Ingresos	Sin ingresos Sin trabajo	No hay suficientes ingresos para satisfacer las necesidades básicas	Puede satisfacer las necesidades básicas con asistencia ocasional	Puede satisfacer las necesidades básicas sin asistencia	Ganar suficiente dinero para <i>ahorrar</i>
Alojamiento	Sin hogar Tiene aviso de desalojo	Alojamiento temporal El alquiler / hipoteca es superior a 1/3 del ingreso	Vivienda estable, pero no seguro	Vivienda estable y segura Vivienda del gobierno	Vivienda segura, estable y <i>sin subsidio</i>
Médico	Sin cobertura médica *Y* necesita atención médica pronto	Sin cobertura médica *O* dificultad para recibir atención médica	Algunos (pero <i>no todos</i>) en el hogar tienen seguro médico	Todos en la casa tienen seguro, pero la cobertura no es lo suficientemente buena	Todos en la casa tienen seguro y gastan <10% de la atención de ingresos
Legal (opcional)	Boletos o warrants pendientes actuales	Cargos actuales o juicio pendiente	En libertad condicional (en buen estado)	No hay nuevos cargos en el año pasado	Casilla # 4 *Y* sin antecedentes de delito grave
Empleo (si puede trabajar)	Ningún trabajo o trabajo en la semana pasada	Empleado a tiempo parcial , pero no paga lo suficiente	Trabaja > 32 horas a la semana, pero no paga lo suficiente	Trabaja a tiempo completo con suficiente paga para satisfacer las necesidades básicas.	<i>Trabajo permanente</i> a tiempo completo (durante los últimos 3 meses)