

Food Bank of the Rockies – Formulario por escrito (Link2Feed)

Fecha de Primera Visita: \_\_\_\_\_

\* Apellido/s: \_\_\_\_\_ \* Nombre/s: \_\_\_\_\_

\* Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)

**\* Género:**

Masculino       Femenino       Transgénero       No Revelado       Otro

**\* Estado Civil:**

Soltero/a       Ley común       Separado/a       No Revelado  
 Casado/a       Divorciado/a       Viuda/o

\* Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección (Línea 2): \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_

\* Ciudad: \_\_\_\_\_ \*Estado: \_\_\_\_\_ \* CP/Zip: \_\_\_\_\_

Ninguna dirección fija

**\* Tipo de domicilio:**

Casa de propiedad       Rentado privado       No Revelado  
 Domicilio Publico (Social)       Sección 8       Otro/a \_\_\_\_\_  
 Sin Techo       Refugio de emergencia para jóvenes  
 Con familia/ Amigos       Misión/transicional/Refugio de emergencia

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  Casa  Celular  Trabajo

**Idiomas hablados:**

Inglés       Español       Tiếng Việt       中文       Русский      Otro: \_\_\_\_\_

Recomendado por: \_\_\_\_\_

**\* Etnicidad:**

Blanco/Anglo       Hispano/Latino       Asiático/Pacífico       Americano Árabe  
 Afroamericano       Indio Americano       Aleut o Eskimo       No sé       No Revelado

**\* Me identifico con:**

Confinando en casa       No sé  
 Discapacidad       No Revelado  
 Veterano/a       Otro

Perfil		
<b>* Educación:</b>		
<input type="checkbox"/> Grados 0-8	<input type="checkbox"/> Alguna educación post-secundaria	<input type="checkbox"/> Licenciatura Superior
<input type="checkbox"/> Grados 9-11	<input type="checkbox"/> Escuela de Comercio/Acreditación Profesional	<input type="checkbox"/> Doctor en Filosofía
<input type="checkbox"/> Diploma Escuela Secundaria	<input type="checkbox"/> Diploma de 2 años	<input type="checkbox"/> No Revelado
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Diploma de 4 años	
<b>* Tipo de Empleo:</b>		
<input type="checkbox"/> Trabajo temporal	<input type="checkbox"/> Tiempo completo	
<input type="checkbox"/> Por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Medio tiempo	
<input type="checkbox"/> Jubilado/a	<input type="checkbox"/> Ningún	
<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> No Revelado		
Ingresos Mensuales		
<b>* Fuentes:</b>		
<input type="checkbox"/> Trabajo tiempo completo	<input type="checkbox"/> Por cuenta propia	<input type="checkbox"/> SSI
<input type="checkbox"/> Trabajo medio tiempo	<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Jubilación
<input type="checkbox"/> Ningún		
<b>Ingresos Mensuales \$ _____</b>		
Asistencia Pública Recibida (SNAP, SSI, Medicaid Etc.): _____		
Gastos Mensuales (Opcional): _____		
Consideraciones Dietéticas		
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Halal	<input type="checkbox"/> Alergia a las nueces de árbol
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Poco o ningún equipaje para cocinar	<input type="checkbox"/> Vegano/a
<input type="checkbox"/> Problemas con gluten	<input type="checkbox"/> Según la ley Judía	<input type="checkbox"/> Vegetariano/a
<input type="checkbox"/> Sin cerdo	<input type="checkbox"/> Leche	<input type="checkbox"/> Alergia a la soya
<input type="checkbox"/> Diabética/a	<input type="checkbox"/> Alergia al maní	<input type="checkbox"/> Alergia a los mariscos
<input type="checkbox"/> Huevos	<input type="checkbox"/> Pescetariano	
Notas		

Respetamos su privacidad y es su elección proporcionar la información adicional en este formulario. No se le negará el servicio por no contestar algunas preguntas. Su identidad se mantiene confidencial y la información general que nos proporciona nos ayuda a recibir alimentos y fondos para servir mejor a Ud. y a esta agencia.

Si tiene alguna pregunta comuníquese con Food Bank of the Rockies a:

303-371-9250 o 720-473-6323 o L2F@foodbankrockies.org  
(en inglés o en español)

### Miembros del Hogar

Apellido/s: \_\_\_\_\_ \* Nombre/s: \_\_\_\_\_

\* Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa) ¿Estimación de fecha?  Sí  No

**\* Género:**

Masculino  Femenino  Transgénero  Otro \_\_\_\_\_  No Revelado

**\* Relación**

Esposo(a)  Novio(a)  Niño(a)  Padre/Madre  Amigo(a)  Nieto(a)  
 Abuelo(a)  Hermano(a)  Otro  Compañero(a) de cuarto

**\* Etnicidad:**

Blanco/Anglo  Hispanico/Latino  Asiático/Pacífico  Americano Árabe  
 Afroamericano  Indio Americano  Aleut o Eskimo  No sé  No Revelado

**\* Me identifico con:**

Confinando en casa  No sé  
 Discapacidad  No Revelado  
 Veterano/a  Otro

Apellido/s: \_\_\_\_\_ \* Nombre/s: \_\_\_\_\_

\* Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa) ¿Estimación de fecha?  Sí  No

**\* Género:**

Masculino  Femenino  Transgénero  Otro \_\_\_\_\_  No Revelado

**\* Relación**

Esposo(a)  Novio(a)  Niño(a)  Padre/Madre  Amigo(a)  Nieto(a)  
 Abuelo(a)  Hermano(a)  Otro  Compañero(a) de cuarto

**\* Etnicidad:**

Blanco/Anglo  Hispanico/Latino  Asiático/Pacífico  Americano Árabe  
 Afroamericano  Indio Americano  Aleut o Eskimo  No sé  No Revelado

**\* Me identifico con:**

Confinando en casa  No sé  
 Discapacidad  No Revelado  
 Veterano/a  Otro

Apellido/s: \_\_\_\_\_ \* Nombre/s: \_\_\_\_\_

\* Fecha de nacimiento : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa) ¿Estimación de fecha?  Sí  No

**\* Género:**

Masculino  Femenino  Transgénero  Otro \_\_\_\_\_  No Revelado

**\* Relación**

Esposo(a)  Novio(a)  Niño(a)  Padre/Madre  Amigo(a)  Nieto(a)  Abuelo(a)   
Hermano(a)  Otro  Compañero(a) de cuarto

**\* Etnicidad:**

Blanco/Anglo  Hispanico/Latino  Asiático/Pacífico  Americano Árabe  
 Afroamericano  Indio Americano  Aleut o Eskimo  No sé  No Revelado

**\* Me identifico con:**

Confinando en casa  No sé  
 Discapacidad  No Revelado  
 Veterano/a  Otro

### Miembros del Hogar

Apellido/s: \_\_\_\_\_ \* Nombre/s: \_\_\_\_\_

\* Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa) ¿Estimación de fecha?  Sí  No

**\* Género:**

Masculino  Femenino  Transgénero  Otro \_\_\_\_\_  No Revelado

**\* Relación**

Espos(a)  Novio(a)  Niño(a)  Padre/Madre  Amigo(a)  Nieto(a)  
 Abuelo(a)  Hermano(a)  Otro  Compañero(a) de cuarto

**\* Etnicidad:**

Blanco/Anglo  Hispanico/Latino  Asiático/Pacífico  Americano Árabe  
 Afroamericano  Indio Americano  Aleut o Eskimo  No sé  No Revelado

**\* Me identifico con:**

Confinando en casa  No sé  
 Discapacidad  No Revelado  
 Veterano/a  Otro

Apellido/s: \_\_\_\_\_ \* Nombre/s: \_\_\_\_\_

\* Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa) ¿Estimación de fecha?  Sí  No

**\* Género:**

Masculino  Femenino  Transgénero  Otro \_\_\_\_\_  No Revelado

**\* Relación**

Espos(a)  Novio(a)  Niño(a)  Padre/Madre  Amigo(a)  Nieto(a)  
 Abuelo(a)  Hermano(a)  Otro  Compañero(a) de cuarto

**\* Etnicidad:**

Blanco/Anglo  Hispanico/Latino  Asiático/Pacífico  Americano Árabe  
 Afroamericano  Indio Americano  Aleut o Eskimo  No sé  No Revelado

**\* Me identifico con:**

Confinando en casa  No sé  
 Discapacidad  No Revelado  
 Veterano/a  Otro

Apellido/s: \_\_\_\_\_ \* Nombre/s: \_\_\_\_\_

\* Fecha de nacimiento : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa) ¿Estimación de fecha?  Sí  No

**\* Género:**

Masculino  Femenino  Transgénero  Otro \_\_\_\_\_  No Revelado

**\* Relación**

Espos(a)  Novio(a)  Niño(a)  Padre/Madre  Amigo(a)  Nieto(a)  Abuelo(a)   
Hermano(a)  Otro  Compañero(a) de cuarto

**\* Etnicidad:**

Blanco/Anglo  Hispanico/Latino  Asiático/Pacífico  Americano Árabe  
 Afroamericano  Indio Americano  Aleut o Eskimo  No sé  No Revelado

**\* Me identifico con:**

Confinando en casa  No sé  
 Discapacidad  No Revelado  
 Veterano/a  Otro

