



Formulario de inscripción

v4.0 updated 1/8/2025

Pedimos información básica para entender mejor a quiénes servimos y abogar por las necesidades de nuestra comunidad. Solo necesita completarlo una vez. Por favor, llene este formulario hoy y entréguelo a un voluntario. Escriba de manera legible y complete tantos campos como pueda.

Nombre:

NOMBRE DE PILA APELLIDO

Fecha de nacimiento: / / **# de teléfono:** () -

MES DÍA AÑO

☐ **Autorizo el contacto**

Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Transgénero ☐ Otro:

Raza: ☐ Blanc ☐ Hispano/Latino o Español ☐ Negro o Afro-Americano ☐ Asiático ☐ Nativo Americano ☐ Del Medio Oriente o Africano del Norte

☐ Nacido en Hawaii o en las Islas del Pacífico ☐ Otro: ☐ No sé / prefiero no contestar

Contact: Address:

Calle Ciudad Estado código postal

Correo Electrónico:

Vivienda: (DEPENDIENTE) Complete la información de OTROS MIEMBROS de su hogar:

Nombre completo:	Fecha de nacimiento:			O	Edad	Sexo	Raza
	MES	DÍA	AÑO				
	/	/		☐			
	/	/		☐			
	/	/		☐			
	/	/		☐			
	/	/		☐			
	/	/		☐			
	/	/		☐			
	/	/		☐			
	/	/		☐			

¿Alguien de su familia (incluyéndose Ud.) recibe ayuda SNAP o cupones de alimento? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé/prefiero no contestar

Esta pregunta no afecta el servicio. Si desea más información sobre SNAP, llame a la línea de ayuda de SNAP al (877) 653-9522

Por favor, complete la parte posterior. >>

¿Usted o alguien en su vivienda recibe beneficios de algún programa de gobierno?

☐ Jubilación gubernamental ☐ SSDI o otra discapacidad ☐ SSI ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Desempleo
☐ CSFP / cuadro mayor ☐ LIEAP ☐ asistencia a veteranos ☐ WIC ☐ TANF ☐ Otro:

En el último mes, ¿usted o alguien en su vivienda tuvo un trabajo salarial de tiempo completo? (30 o más horas) ☐ Sí ☐ No ☐ No sé/prefiero no contestar

¿Cuál es su situación de vivienda actual?

☐ Ya tengo vivienda. ☐ Tengo vivienda estable pero me preocupa perderla en el futuro. ☐ No necesito, tengo vivienda. ☐ No sé/prefiero no contestar

¿Usted o alguien en su casa recibe ingreso de discapacidad que les prohíba aceptar empleo en los próximos seis meses? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé/prefiero no contestar

¿Qué categoría mejor representa el monto de salario mensual total de su hogar? ☐ Cero ☐ Menos de \$500-\$999 ☐ \$1,000-\$1,999
☐ \$2,000-\$2,999 ☐ \$3,000-\$3,999 ☐ \$4,000 o más ☒ No sé/prefiero no contestar

¿Alguien en su hogar (incluido usted mismo) ha servido en las Fuerzas Armadas de los EE. UU.?

☐ Sí, he participado en servicio activo en el pasado, pero no ahora ☐ Sí, en servicio activo actual ☐ No, nunca he participado en servicio activo excepto para entrenamiento inicial/básico ☐ No, nunca he servido en las fuerzas armadas ☐ No sé / prefiero no contestar

¿Tiene usted algunas restricciones alimenticias? (seleccione todas las que correspondan)

☐ Bajo en azúcar ("apto para diabéticos") ☐ Vegetariano ☐ Vegano ☐ Halal ☐ Sin gluten ☐ Kosher ☐ Limitado / no equipo de cocina
☐ Bajo en sodio / bajo en grasas saturadas ☐ Sin restricciones de dieta ☐ Otro:

¿Alguna persona en su hogar ha sido diagnosticada con una de estas enfermedades?

☐ Diabetes / pre-diabetes ☐ Presión arterial alta / Hipertensión ☐ Enfermedad cardíaca / embolia ☐ Ninguno ☐ No sé / prefiero no contestar

Por favor indique si lo siguiente es cierto:

"En los últimos treinta días nos preocupamos que la comida se escaseara antes de tener dinero para comprar más" ☐ A menudo cierto ☐ A veces cierto ☐ Nunca cierto

"En los últimos treinta días la comida que compramos no nos alcanza y no tuvimos dinero para comprar más" ☐ A menudo cierto ☐ A veces cierto ☐ Nunca cierto



Si tiene preguntas contacte un miembro del personal o visite kansasfoodbank.org/serviceinsights