HCFS
Navigating Life's Crossroads

Para uso de la oficina:
Id. de registro #_____
Cita
Fecha/Hora: _____

Favor de responder a todas las preguntas de manera que podamos servirle mejor. Su información general podrá ser compartida con otras agencias u entidades (incluyendo el Banco de Comida de San Antonio para reportajes).

Fecha: _____

Nombre Completo*:* _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Dirección: _____ **# de Apartamento:** _____

Ciudad: _____ **Condado:** _____ **Código Postal**_____

Teléfono: (_____) _____ **¿Recibe mensajes de texto en este número?** ☐ **Sí** ☐ **No**

Teléfono Secundario: (_____) _____ **Correo Electrónico:** _____

¿Cuantas personas viven en su hogar? ☐

¿Es usted? ☐ **Indio Americano o nativo de Alaska** ☐ **Asiático** ☐ **Negro o Africano Americano**
☐ **Nativo Hawaii o Isla del Pacific** ☐ **Anglo/Blanco** ☐ **Hispano**

¿Es usted? ☐ **Cubano** ☐ **Mexicano** ☐ **Puertorriqueño**
☐ **de Sur o Centro América** ☐ **de otra cultura u origen Española**

¿Es usted? ☐ **Padre/Madre Soltero(a)** ☐ **Soltero(a)** ☐ **Casado(a)** ☐ **Separado(a)** ☐ **Divorciado(a)**
☐ **Personas Mayores criando Nietos** ☐ **Persona Mayor viviendo Solo(a)** ☐ **Viudo(a)** ☐ **Hogar con dos padres**

¿Cuántas personas en el hogar son o están?

☐ **de edad mayor** (más de 60) ☐ **sin casa** ☐ **con discapacidad física** **tiene 65 años o más** ☐

☐ **víctima(s) de abuso** ☐ **con discapacidad mental** ☐ **con enfermedad crónica**

☐ **Activo militar** ☐ **Retirado militar** ☐ **Reserva militar** ☐ **Veterano**

¿Cuál es el ingreso total (antes de deducciones) de todos los miembros de su hogar?

$_____ ☐ **Semanal** ☐ **Cada dos Semanas** ☐ **Mensual** ☐ **Anual**

¿Ha recibido servicios de Hill Country Family Services anteriormente? ☐ **Sí** ☐ **No**

Favor de anotar si usted o alguna persona en su hogar reciben uno de los siguientes servicios:

	Seguro Social
	TANF (Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas)
	Comidas Gratis o a Precio reducido escolares
	SNAP (Estampillas de Comida)
	Medicaid/Medicare

Favor de llenar la información sobre todas las personas en su hogar aparte de usted:

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Hombre/Mujer	Relación a usted (hijo(a), esposo(a), etc.,)

Favor de apuntar el nombre de la persona(s) que le gustaría permitir recoger su despensa:

_____

Al firmar a continuación, certifico que:

- ***Soy un miembro del hogar que vive en la dirección indicada anteriormente y que, en nombre del hogar, solicito alimentos del USDA que se distribuyen a través del Programa de Asistencia de Alimentos de Emergencia;***
- ***toda la información proporcionada a la agencia que determina la elegibilidad de mi hogar es, a mi leal saber y entender, verdadera y correcta; y***
- ***si corresponde, la información proporcionada por el "Representante Autorizado" del hogar (como se menciona a continuación) también es, a mi leal saber y entender, verdadera y correcta.***

Firma de Cliente_____

Las agencias estatales o locales de SNAP y FDPIR, y sus beneficiarios secundarios, deben publicar el siguiente Aviso de No Discriminación
De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: How to File a Complaint. y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:
(1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

<u>Advertencia:</u> Hill Country Family Services no tolerará el abuso físico o verbal hacia nuestros miembros del personal, este comportamiento resultará en la terminación de los servicios.