



Direccion: 248 East Putnam Avenue, Greenwich, CT 06830
 Telefono: (203) 622-9208
 Fax: (203) 618-0062
 Horario: Lunes a Sabado
 8:30 a.m. – 12:30 p.m.
 Jueves 3:30-5:30 p.m.

FORMULARIO PARA REFERIR AL CLIENTE

(POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA Y LLENE LOS DOS LADOS DE LAS PAGINAS)

POR FAVOR NOTE: Todos los clientes, que son referidos por la agencia deben enviar el formulario completo a **Jane Naveros, Coordinadora del Cliente (jnaveros@ntngreenwich.org o fax 203-618-0062)**. Por favor informar al cliente que debe traer el formulario original y firmando en su primera visita. Los clientes deben entrar por la puerta principal y registrare en la recepcion.

Por favor marque apropiadamente:

Supplemental Food Program: Comida suplementaria se proporciona semanalmente solo para los residentes de Greenwich.
**Clientes de comida suplementario estan autorizados tambien para visitar mensualmente a la Sala de Ropa/Eenciales.*

Cliente Nuevo Fecha de Inicio: _____

Fecha Final: _____

Emergency Food Program: Comida de emergencia se proporciona solo una vez a peticion de la Agencia que Refiere.

Fecha que Va a Recoger la Comida Emergencia: _____

INFORMACION DEL CLIENTE

Nombre:		
Direccion Actual:		Apt. #:
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Casa #:	Trabajo #:	Cell #:
Fecha de Nacimiento:	Genero:	Email:
Idioma Preferido:		

INFORMACION DE SU CONYUGE

Nombre:		
Fecha de Nacimiento:	Genero:	Telefono:

NINOS QUE DEPENDEN DE USTED (MENORES DE 18 ANOS) VIVIENDO EN LA MISMA CASA

Nombre	Genero	Fecha de Nacimiento (Mes/Dia/Ano)	Parentesco

ADULTOS QUE DEPENDEN DE USTED (18 – 59 ANOS) VIVIENDO EN LA MISMA CASA

Nombre	Genero	Fecha de Nacimiento (Mes/Dia/Ano)	Parentesco

**FORMULARIO PARA REFERIR AL CLIENTE
(POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA Y LLENE LOS DOS LADOS DE LAS PAGINAS)**

ADULTOS MAYORES QUE DEPENDEN DE USTED (MAS DE 60) VIVIENDO EN LA MISMA CASA – NO SU CONYUGE

Nombre	Genero	Fecha de Nacimiento (Mes/Dia/Ano)	Parentesco

TOTAL EN LA FAMILIA

Total # Adultos (Cliente+ Conyuge+ Adultos) _____	Total # Ninos _____	Total # Adultos Mayors _____	Total # en Casa _____
---	---------------------	------------------------------	-----------------------

AGENCIA QUE REFIERE (IGLESIA/ORGANIZACION/ESCUELA)

Nombre de la Agencia	Nombre de la Persona que Refiere	Titulo
Telefono de Contacto	Firma	Fecha

Por favor completar para el cliente:

GUIA DE INGRESOS PARA CALIFICAR (300% DEL NIVEL FEDERAL DE POBREZA)

Total en la Familia	1	2	3	4	5	6	7	8
Ingreso Anual	\$40,770	\$54,930	\$69,090	\$83,250	\$97,410	\$111,570	\$125,730	\$139,890

En o debajo de la guia de ingresos? Si No

INFORMACION DE LA FAMILIA

Padre o madre soltera cabeza de hogar?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tiene usted a alguien deshabilitado en su casa?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Raza: Blanco (non Hispano) Negro (non Hispano) Hispano
 Asia/Islands del Pacifico Americano Nativo Otro _____

PEDIDOS ESPECIALES

FIRMAS

*Yo autorizo la verificacion de la informacion provista en este formulario.
Estoy de acuerdo en seguir la politica y procedimientos de Neighbor to Neighbor.*

Firma de Cliente:

Fecha:

Yo he verificado toda la informacion de los ingresos y datos personales de mi cliente. Estoy de acuerdo en actualizar la informacion de datos durante el periodo de referencia. Estoy de acuerdo en entrevistar al cliente antes de la ampliacion del periodo de referencia.

Nombre de la Persona que Refiere:

Titulo:

Firma:

Fecha:

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Database Entry Date: