

FORMULARIO DE REFERENCIA DE CLIENTE (POR FAVOR IMPRIMA Y COMPLETE AMBAS PÁGINAS, FRENTE Y REVERSO)

Nota: Para todos los clientes, la agencia que hace la referencia debe enviar por fax o correo electrónico el formulario completo (al contacto correspondiente indicado arriba) e indicar a los clientes que traigan este formulario original firmado a su primera visita. Los clientes deben registrarse en el área de recepción de clientes.

Marque lo que corresponda:

☐ Cliente de alimentos de emergencia (SE PROPORCIONA SOLO UNA VEZ A CLIENTES QUE VIVEN FUERA DEL ÁREA DE GREENWICH)

Fecha para recoger los alimentos de emergencia: _____

☐ Cliente de alimentos suplementarios y artículos esenciales (SOLO PARA RESIDENTES DE GREENWICH)

Fecha de inicio de cliente nuevo: _____

Fecha de finalización: _____

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre:

Dirección actual:

Número de apartamento:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono de casa:

Teléfono del trabajo:

Teléfono celular:

Fecha de nacimiento:

Género: M F
(Por favor, encierre en un círculo)

Correo electrónico:

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Nombre:

Género: M F
(Por favor, encierre en un círculo)

Fecha de nacimiento:

Teléfono:

HIJOS DEPENDIENTES (MENORES DE 18 AÑOS) QUE VIVEN EN EL HOGAR

Nombre	Género (Indique M/F)	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)

HIJOS ADULTOS CALIFICADOS (19 A 64 AÑOS) QUE VIVEN EN EL HOGAR

Nombre	Género (Indique M/F)	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)

ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES (MAYORES DE 65 AÑOS) QUE VIVEN EN EL HOGAR, ADEMÁS DEL CÓNYUGE								
Nombre	Género (Indique M/F)		Parentesco		Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)			
TOTALES DEL HOGAR								
Total de adultos (cliente + cónyuge + hijos adultos)	Total de niños		Total de adultos mayores			Total del hogar		
INFORMACIÓN DE LA AGENCIA/IGLESIA/ORGANIZACIÓN QUE REFIERE								
Nombre de la agencia		Nombre de la persona que refiere				Cargo		
Número de contacto		Firma				Fecha		
Por favor complete para el cliente:								
PAUTAS DE INGRESOS PARA CALIFICAR (300% DE LA PAUTA FEDERAL DE POBREZA)								
Tamaño del hogar	1	2	3	4	5	6	7	8
Ingreso anual	\$46,950	\$63,450	\$79,950	\$96,450	\$112,950	\$129,450	\$145,950	\$162,450
¿Ingresos iguales o menores a las pautas? (Por favor, encierre en un círculo)						Si	No	
INFORMACIÓN DEL HOGAR (ENCIERRE EN UN CÍRCULO LAS RESPUESTAS)								
¿Jefe de hogar monoparental?			Si		No			
¿Persona con discapacidad?			Si		No			
Origen étnico: (por favor, encierre en un círculo)	Blanco (no hispano)		Negro (no hispano)		Hispano Asia/Islas del Pacífico			
			Nativo americano					
SOLICITUDES ESPECIALES								
FIRMAS								
Autorizo la verificación de la información proporcionada en este formulario. Acepto seguir las políticas y procedimientos de Neighbor to Neighbor.								
Firma del cliente:				Fecha:				
He verificado toda la información personal y de ingresos de mi cliente. Acepto actualizar los registros si alguna información cambia durante el período de referencia de mi cliente. También acepto reunirme con mi cliente antes de extender el período de referencia.								
Persona que refiere:				Cargo:				
Firma:				Fecha:				