Neighbor to Neighbor

Dirección: 248 East Putnam Avenue Greenwich, CT 06830
Teléfono: (203) 622-9208 **Fax:** (203) 618-0062
Correo electrónico: jnaveros@ntngreenwich.org
Horario: Lunes a Viernes: 8:00 a.m. – 1:00 p.m.
Miércoles y Jueves: 3:30 p.m. – 6:30 p.m.
Sábado: 8:30 a.m. – 12:30 p.m.

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)	**Teléfono:**	**Fecha de nacimiento:**

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 (18 A 59 AÑOS) QUE VIVEN EN EL HOGAR

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

PÁGINA SIGUIENTE →

ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES (MAYORES DE 60 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:**