



Banco de Alimentos Second Harvest

Service Insights – Formulario de Registro sin Conexión

Este formulario está diseñado para recopilar información sobre usted y su hogar para que pueda incluirse en nuestro sistema de registro de clientes sin papel, Service Insights en MealConnect (SI-MC). Al proporcionar esta información en este formulario, usted acepta a que sea transferida a SI-MC. Su información nunca se compartirá sin su consentimiento con ningún tercer partido fuera de la red de alimentos, su información nunca se venderá.

Información del cabeza de hogar:

Primer nombre y apellido: _____

Fecha de nacimiento ☐ Edad: _____

dirección de la casa: _____ Condado: _____

Número de teléfono: _____ ¿Podemos llamarle? _____
 ¿Podemos enviarle mensajes de texto? _____

Nombre del representante (Persona que recoge alimentos en su lugar) (opcional): _____

Número de teléfono del representante: _____

¿Usted o alguien en su hogar recibe SNAP/Cupones para Alimentos (Food Stamps)? _____ ¿Cuál es el ingreso total de todos los miembros de su hogar en un mes/año típico?

Tamaño del hogar	Ingresos anuales	Ingresos mensuales
1	\$28,953	\$2,413
2	\$39,128	\$3,261
3	\$49,303	\$4,109
4	\$59,478	\$4,957
5	\$69,653	\$5,805
Por cada miembro adicional de la familia agregue:	\$10,175	\$848

Miembros adicionales del hogar:

Por favor, indique los nombres y edades o fechas de todos los miembros del hogar además de usted (cabeza de familia).

Primer Nombre/ Niño *Requerido para los adultos*	Apellido * Requerido para los adultos*	Edad *Requerido para todos los miembros de casa*

VOLTEAR

First Name/ Niño *Requerido para los adultos*	Apellido * Requerido para los adultos*	Edad * Requerido para todos los miembros de casa*

Cabeza de Hogar Información:

Las respuestas a estas preguntas no son obligatorias y sus respuestas (o su elección de no responder) nunca tendrán ningún impacto en los servicios que reciba.

¿Cuál es el sexo de la Cabeza De Hogar? : _____

¿Cuál es el Raza/Etnicidad de la Cabeza De Hogar? : _____

¿Alguien en su hogar, incluyéndole a usted, ha prestado servicio activo en las Fuerzas Armadas de los EE. UU.? (en caso afirmativo, indique la rama)_____

Firma del Participante:_____ **Fecha:** _____