

Bienvenido a Citizens Inn Haven from Hunger. Servimos a los residentes de Peabody, de Salem, y Lynnfield que están teniendo problemas para poner comida en la mesa. Una vez al año, le pediremos que nos proporcione información básica sobre su hogar, incluyendo ingresos y otra información demográfica. Esta información nos ayuda a obtener las donaciones y financiación que nos permite servirle. También le pedimos que nos notifique cuando cualquiera de los cambios de información. Su privacidad es importante para nosotros; no compartimos información de identificación personal con los donantes o financiadores.

**Imprenta por favor!**

## 1. Cabeza de Familia

#1 **Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
 Nombre Apellido Mes/Día/Año

**Sexo:**  Masculino  Femenino **EE.UU. Veterano?**  Sí  No **Latino o Hispanic?**  Sí  No

**Raza** (Marque sólo una casilla):

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial: Indio Americano o Nativo de Alaska <u>y</u> Blanco
<input type="checkbox"/> Negro or Afro Americano	<input type="checkbox"/> Multirracial: Asiático <u>y</u> Blanco
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Multirracial: Negro o Afro Americano <u>y</u> Blanco
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Multirracial: Indio Americano o Nativo de Alaska <u>y</u> Negro o Afro Americano
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Multirracial: Otro

2. **Dirección de email:** \_\_\_\_\_

3. **Nombre de la calle:** \_\_\_\_\_ 4. **Dirección de envío** (si es diferente de dirección de la calle):

Dirección	Apartamento #	Dirección	Apartamento #
_____	_____	_____	_____
Ciudad	Estado	ZIP	Ciudad
_____	_____	_____	_____

5. **Teléfonos:** \_\_\_\_\_  
 Móvil Casa Otro

6. **¿Algún miembro de su hogar recibe beneficios de SNAP (Cupones para Alimentos)?**

Sí  
 No  
 Que no sabes

7. **Es usted una madre soltera o un padre soltera?**

Sí  
 No

## 8. Su Situación de Vivienda

Marque la casilla que mejor se aplique.

<input type="checkbox"/> Propios (o de compra) de vivienda	<input type="checkbox"/> Moverse	<input type="checkbox"/> Otro — Por favor, especifique: _____
<input type="checkbox"/> Renta	<input type="checkbox"/> En refugio para indigentes	
<input type="checkbox"/> Vivo con amigos	<input type="checkbox"/> Sin hogar	
<input type="checkbox"/> Vivo con parientes		

## 9. Educación

Marque más alto nivel de educación alcanzado por alguien en su hogar.

<input type="checkbox"/> Universidad	<input type="checkbox"/> Algo de Escuela Secundaria
<input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria o GED	<input type="checkbox"/> Escuela Primaria

## 10. Otros Miembros del Hogar

#2	<b>Nombre:</b> _____ Nombre	_____ Apellido	<b>Fecha de nacimiento:</b> _____ Mes/Día/Año
	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>EE.UU. Veterano?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Latino o Hispanic?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<b>Raza</b> (Marque sólo una casilla):		
	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial: Indio Americano o Nativo de Alaska <u>y</u> Blanco	
	<input type="checkbox"/> Negro or Afro Americano	<input type="checkbox"/> Multirracial: Asiático <u>y</u> Blanco	
	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Multirracial: Negro o Afro Americano <u>y</u> Blanco	
	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o Islas del Pacifico	<input type="checkbox"/> Multirracial: Indio Americano o Nativo de Alaska <u>y</u> Negro o Afro Americano	
	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Multirracial: Otro	
#3	<b>Nombre:</b> _____ Nombre	_____ Apellido	<b>Fecha de nacimiento:</b> _____ Mes/Día/Año
	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>EE.UU. Veterano?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Latino o Hispanic?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<b>Raza</b> (Marque sólo una casilla):		
	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial: Indio Americano o Nativo de Alaska <u>y</u> Blanco	
	<input type="checkbox"/> Negro or Afro Americano	<input type="checkbox"/> Multirracial: Asiático <u>y</u> Blanco	
	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Multirracial: Negro o Afro Americano <u>y</u> Blanco	
	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o Islas del Pacifico	<input type="checkbox"/> Multirracial: Indio Americano o Nativo de Alaska <u>y</u> Negro o Afro Americano	
	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Multirracial: Otro	
#4	<b>Nombre:</b> _____ Nombre	_____ Apellido	<b>Fecha de nacimiento:</b> _____ Mes/Día/Año
	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>EE.UU. Veterano?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Latino o Hispanic?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<b>Raza</b> (Marque sólo una casilla):		
	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial: Indio Americano o Nativo de Alaska <u>y</u> Blanco	
	<input type="checkbox"/> Negro or Afro Americano	<input type="checkbox"/> Multirracial: Asiático <u>y</u> Blanco	
	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Multirracial: Negro o Afro Americano <u>y</u> Blanco	
	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o Islas del Pacifico	<input type="checkbox"/> Multirracial: Indio Americano o Nativo de Alaska <u>y</u> Negro o Afro Americano	
	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Multirracial: Otro	
#5	<b>Nombre:</b> _____ Nombre	_____ Apellido	<b>Fecha de nacimiento:</b> _____ Mes/Día/Año
	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>EE.UU. Veterano?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Latino o Hispanic?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<b>Raza</b> (Marque sólo una casilla):		
	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial: Indio Americano o Nativo de Alaska <u>y</u> Blanco	
	<input type="checkbox"/> Negro or Afro Americano	<input type="checkbox"/> Multirracial: Asiático <u>y</u> Blanco	
	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Multirracial: Negro o Afro Americano <u>y</u> Blanco	
	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o Islas del Pacifico	<input type="checkbox"/> Multirracial: Indio Americano o Nativo de Alaska <u>y</u> Negro o Afro Americano	
	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Multirracial: Otro	
#6	<b>Nombre:</b> _____ Nombre	_____ Apellido	<b>Fecha de nacimiento:</b> _____ Mes/Día/Año
	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>EE.UU. Veterano?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Latino o Hispanic?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<b>Raza</b> (Marque sólo una casilla):		
	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial: Indio Americano o Nativo de Alaska <u>y</u> Blanco	
	<input type="checkbox"/> Negro or Afro Americano	<input type="checkbox"/> Multirracial: Asiático <u>y</u> Blanco	
	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Multirracial: Negro o Afro Americano <u>y</u> Blanco	
	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o Islas del Pacifico	<input type="checkbox"/> Multirracial: Indio Americano o Nativo de Alaska <u>y</u> Negro o Afro Americano	
	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Multirracial: Otro	
#7	<b>Nombre:</b> _____ Nombre	_____ Apellido	<b>Fecha de nacimiento:</b> _____ Mes/Día/Año
	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>EE.UU. Veterano?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Latino o Hispanic?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<b>Raza</b> (Marque sólo una casilla):		
	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial: Indio Americano o Nativo de Alaska <u>y</u> Blanco	
	<input type="checkbox"/> Negro or Afro Americano	<input type="checkbox"/> Multirracial: Asiático <u>y</u> Blanco	
	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Multirracial: Negro o Afro Americano <u>y</u> Blanco	
	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o Islas del Pacifico	<input type="checkbox"/> Multirracial: Indio Americano o Nativo de Alaska <u>y</u> Negro o Afro Americano	
	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Multirracial: Otro	
#8	<b>Nombre:</b> _____	_____	<b>Fecha de nacimiento:</b> _____

		Mes/Día/Año
Nombre _____	Apellido _____	
<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>EE.UU. Veterano?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Latino o Hispanic?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Raza</b> (Marque sólo una casilla):		
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial: Indio Americano o Nativo de Alaska <u>y</u> Blanco	
<input type="checkbox"/> Negro or Afro Americano	<input type="checkbox"/> Multirracial: Asiático <u>y</u> Blanco	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Multirracial: Negro o Afro Americano <u>y</u> Blanco	
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Multirracial: Indio Americano o Nativo de Alaska <u>y</u> Negro o Afro Americano	
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Multirracial: Otro	

**#9** **Nombre:** \_\_\_\_\_ **Apellido:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Mes/Día/Año \_\_\_\_\_

**Sexo:**  Masculino  Femenino **EE.UU. Veterano?**  Sí  No **Latino o Hispanic?**  Sí  No

**Raza** (Marque sólo una casilla):

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial: Indio Americano o Nativo de Alaska <u>y</u> Blanco
<input type="checkbox"/> Negro or Afro Americano	<input type="checkbox"/> Multirracial: Asiático <u>y</u> Blanco
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Multirracial: Negro o Afro Americano <u>y</u> Blanco
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Multirracial: Indio Americano o Nativo de Alaska <u>y</u> Negro o Afro Americano
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Multirracial: Otro

**#10** **Nombre:** \_\_\_\_\_ **Apellido:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Mes/Día/Año \_\_\_\_\_

**Sexo:**  Masculino  Femenino **EE.UU. Veterano?**  Sí  No **Latino o Hispanic?**  Sí  No

**Raza** (Marque sólo una casilla):

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial: Indio Americano o Nativo de Alaska <u>y</u> Blanco
<input type="checkbox"/> Negro or Afro Americano	<input type="checkbox"/> Multirracial: Asiático <u>y</u> Blanco
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Multirracial: Negro o Afro Americano <u>y</u> Blanco
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Multirracial: Indio Americano o Nativo de Alaska <u>y</u> Negro o Afro Americano
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Multirracial: Otro

**11. ¿Con qué frecuencia alguien en su casa falte las comidas, ya que carecen de alimentos?**

Marque uno.

- |                                      |   |   |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cada día    | <input type="checkbox"/> De vez en cuando | <input type="checkbox"/> Nunca                          |
| <input type="checkbox"/> Cada semana | <input type="checkbox"/> Casi nunca       | <input type="checkbox"/> Otro — Por favor, especifique: |

**12. Las razones de necesidad de la despensa de alimentos**

Marque todo lo que corresponda.

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sin trabajo                   | <input type="checkbox"/> Tiene gastos extras este mes                  | <input type="checkbox"/> Esperando a SNAP (cupones para alimentos) o una check. |
| <input type="checkbox"/> Sin ingresos                  | <input type="checkbox"/> Inelegible para SNAP (cupones para alimentos) | <input type="checkbox"/> Otro — Por favor, especifique:                         |
| <input type="checkbox"/> No se puede encontrar trabajo | <input type="checkbox"/> SNAP (cupones para alimentos) hacia fuera     |   |
| <input type="checkbox"/> De bajo ingreso               |  |   |

**13. Empleo del Hogar**

Marque todo lo que corresponda.

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Empleo a tiempo completo | <input type="checkbox"/> Estudiante              | <input type="checkbox"/> Discapacitado – permanente     |
| <input type="checkbox"/> Empleo a tiempo parcial  | <input type="checkbox"/> Jubilado                | <input type="checkbox"/> Otro — Por favor, especifique: |
| <input type="checkbox"/> Desempleados             | <input type="checkbox"/> Discapacitado– temporal |   |

**14. Beneficios**

Marque todo lo que corresponda.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> MassHealth (Medicaid)                           | <input type="checkbox"/> Jubilación o beneficios de Veteranos | <input type="checkbox"/> Vivienda pública o subsidiada o la Sección 8 de Vales |
| <input type="checkbox"/> Medicare  | <input type="checkbox"/> WIC                                  | <input type="checkbox"/> Sin beneficios  |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social                                   | <input type="checkbox"/> AFDC/Welfare                         | <input type="checkbox"/> Otro — Por favor, especifique:                        |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social Beneficios por Incapacidad (SSDI) | <input type="checkbox"/> Asistencia de combustible            |  |
| <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)        | <input type="checkbox"/> Head Start                           |  |

**15. ¿Utiliza otros despensas de alimentos?**

- Sí  No En caso afirmativo, ¿cuál? \_\_\_\_\_

No

**16. ¿Cómo se utiliza cualquiera de nuestros otros programas?**

*Marque todo lo que corresponda.*

- Cena Comunitaria
- Mercado Móvil
- Las Comidas de Verano para Niños

**17. El Ingreso y Gastos del Hogar**

*Marque todo lo que corresponda. También incluya cantidades y frecuencia.*

<b>Fuente(s) de ingresos</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Frecuencia</b>			
<input type="checkbox"/> Salario del 1o Empleo	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> quincenal	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> Salario del 2o Empleo	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> quincenal	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> Salario del 3o Empleo	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> quincenal	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> Salario del 4o Empleo	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> quincenal	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> SNAP (Cupones para Alimentos)	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> quincenal	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> quincenal	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> Seguro Social	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> quincenal	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> Pago de Manutención	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> quincenal	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> Seguro Social Beneficios por Incapacidad (SSDI)	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> quincenal	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> quincenal	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> Jubilación	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> quincenal	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> Jubilación de Veteranos	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> quincenal	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> Sin Ingresos					

<b>Gastos</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Frecuencia</b>			
<input type="checkbox"/> Renta (o Hipoteca)	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> quincenal	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> Servicios públicos (electricidad , gas, calefacción de petróleo )	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> quincenal	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> Transportación	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> quincenal	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> quincenal	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> Pago de Manutención	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> quincenal	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> Otro	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> quincenal	<input type="checkbox"/> mensual	<input type="checkbox"/> anual

**18. Declaración de Necesidad y Verificación de Ingresos**

Al firmar a continuación, certifico que mi familia necesita comida y certifico que la información que he proporcionado es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y creencia.

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso (Nombre y Apellido)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

NOTA: Asilo de hambre no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, estado civil, situación familiar, situación de los padres, la religión, la orientación sexual, información genética, creencias políticas, o porque todo o parte de los ingresos de un individuo se deriva de cualquier programa de asistencia pública.