

Formulario de inscripción

Actualizado: 5/9/25

Pedimos información básica para entender mejor a quiénes servimos y abogar por las necesidades de nuestra comunidad. Solo necesita completarlo una vez. Por favor, llene este formulario hoy y entréguelo a un voluntario. Escriba de manera legible y complete tantos campos como pueda.

Nombre:

--	--

NOMBRE DE PILA

APELLIDO

Fecha de nacimiento:

/	/	
---	---	--

MES

DÍA

AÑO

de teléfono:

()	-	
---	--	---	---	--



Autorizo el contacto

Sexo:

Hombre
 Mujer
 Transgénero
 Otro:

Raza:

Blanc
 Hispano/Latino o Español
 Negro o Afro-Americano
 Asiático
 Nativo Americano
 Del Medio Oriente o Africano del Norte
 Nacido en Hawaii o en las Islas del Pacífico
 Otro:
 No sé / prefiero no contestar

Contact: Address:

--	--	--	--

Calle

Ciudad

Estado

código postal

Correo Electrónico:

--

Vivienda:

(DEPENDIENTE) Complete la información de OTROS MIEMBROS de su hogar:

Nombre completo:	Fecha de nacimiento:			O	Edad	Sexo	Raza
	MES	DÍA	AÑO				
	/	/		o			
	/	/		o			
	/	/		o			
	/	/		o			
	/	/		o			
	/	/		o			
	/	/		o			
	/	/		o			
	/	/		o			

¿Alguien de su familia (incluyéndose Ud.) recibe ayuda SNAP o cupones de alimento? Esta pregunta no afecta el servicio. Sí No No sé/prefiero no contestar

Si desea más información sobre SNAP, llame 1-855-444-5556 (Residentes de Nebraska) o 1-855-944-3663 (Residentes de Iowa).

Por favor, complete la parte posterior. >>

¿Usted o alguien en su vivienda recibe beneficios de algún programa de gobierno?

- Jubilación gubernamental SSDI o otra discapacidad SSI Medicare Medicaid Desempleo
 ADC AABD LIHEAP Solo Médicos, Estado Discapacidad (Nebraska) RRP Otro:

En el último mes, ¿usted o alguien en su vivienda tuvo un trabajo salarial de tiempo completo? (30 o más horas) Sí No No sé/prefiero no contestar

¿Cuál es su situación de vivienda actual?

- Ya tengo vivienda. Tengo vivienda estable pero me preocupa perderla en el futuro. No necesito, tengo vivienda. No sé/prefiero no contestar

¿Usted o alguien en su casa recibe ingreso de discapacidad que les prohíba aceptar empleo en los próximos seis meses? Sí No No sé/prefiero no contestar

¿Qué categoría mejor representa el monto de salario mensual total de su hogar? Cero Menos de \$2,000-\$2,999 \$3,000-\$3,999 \$500-\$999 \$1,000-\$1,999 \$4,000 o más No sé/prefiero no contestar

¿Alguien en su hogar (incluido usted mismo) ha servido en las Fuerzas Armadas de los EE. UU.?

- Sí, he participado en servicio activo en el pasado, pero no ahora Sí, en servicio activo actual No, nunca he participado en servicio activo excepto para entrenamiento inicial/básico No, nunca he servido en las fuerzas armadas No sé / prefiero no contestar

¿Tiene usted algunas restricciones alimenticias? (seleccione todas las que correspondan)

- Bajo en azúcar ("apto para diabéticos") Vegetariano Vegano Halal Sin gluten Kosher Limitado / no equipo de cocina
 Bajo en sodio / bajo en grasas saturadas Sin restricciones de dieta Otro:

¿Alguna persona en su hogar ha sido diagnosticada con una de estas enfermedades?

- Diabetes / pre-diabetes Presión arterial alta / Hipertensión Enfermedad cardíaca / embolia Ninguno No sé / prefiero no contestar

Por favor indique si lo siguiente es cierto:

"En los últimos treinta días nos preocupamos que la comida se escaceara antes de tener dinero para comprar más" A menudo cierto A veces cierto Nunca cierto

"En los últimos treinta días la comida que compramos no nos alcanza y no tuvimos dinero para comprar más" A menudo cierto A veces cierto Nunca cierto



Si tiene preguntas contacte un miembro del personal o visite FoodBankHeartland.org/Service-Insights

