

el Mercado en la Casa Gris formulario de ingreso

APELLIDO _____ **PRIMER Y SEGUNDO NOMBRE** _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ **ESTADO** _____ **CÓDIGO POSTAL** _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ **GÉNERO** hombre mujer otro

TELEFÓNO _____ **Está:** Veterano Persona Mayor

Etnicidad	
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino
Raza	
<input type="checkbox"/> Caucásico/a	<input type="checkbox"/> Afroamericano/a
<input type="checkbox"/> Asiático/a	<input type="checkbox"/> Indio americano/a
<input type="checkbox"/> Hawaiano/isleño pacífico	<input type="checkbox"/> Otro/Multirracial

Sensibilidades o alergias a comida o de salud	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Sin cerdo
<input type="checkbox"/> Condición de corazón	<input type="checkbox"/> Sin nueces ni manteca de maní
<input type="checkbox"/> Intolerante a la lactosa	<input type="checkbox"/> Sal
<input type="checkbox"/> Sin gluten	<input type="checkbox"/> Vegetariano/a
Otro: _____	

¿HAY ALGUIEN EN SU HOGAR RECIBIENDO ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asistencia de calefacción | <input type="checkbox"/> SSDI, cantidad mensual\$ _____ | <input type="checkbox"/> Desempleo |
| <input type="checkbox"/> Head Start | <input type="checkbox"/> SSI, cantidad mensual \$ _____ | <input type="checkbox"/> Asistencia de veteranos |
| <input type="checkbox"/> Medicaid o Mass Health | <input type="checkbox"/> TANF/Welfare | <input type="checkbox"/> WIC |
| <input type="checkbox"/> SNAP (cupones alimenticios) | Otro _____ | |

Si NO eligió de las opciones anteriores: ¿Cual es la cantidad total de **INGRESOS BRUTOS POR MES** para todas las personas **EN SU CASA** (por favor incluya seguro social, pensión, dividendos de retiro y otros ingresos)? \$ _____

Ingreso Anual del Hogar: Esta información será confidencial se utiliza solo con fines de datos. Por favor revise se ingreso en base al tamaño de la hogar.

Requisitos de Ingresos 2018-2019		
<input checked="" type="checkbox"/>	Numero de persona en tu hogar	Ingreso bruto menor que
	1	\$45,200
	2	\$51,650
	3	\$58,100
	4	\$64,550
	5	\$69,750
	6	\$74,900
	7	\$80,050
	8	\$85,250

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

¿QUIÉN MÁS VIVE EN SU HOGAR?

PRIMER NOMBRE Y APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	RAZA/ETNICIDAD	INGRESO MENSUAL	RELACIÓN A LA PERSONA CABEZERA DEL HOGAR
					<input type="checkbox"/> Espos/a <input type="checkbox"/> Parejo/a <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> No relación <input type="checkbox"/> Otro familiar: <hr/> Es: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Persona Mayor
					<input type="checkbox"/> Espos/a <input type="checkbox"/> Parejo/a <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> No relación <input type="checkbox"/> Otro familiar: <hr/> Es: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Persona Mayor
					<input type="checkbox"/> Espos/a <input type="checkbox"/> Parejo/a <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> No relación <input type="checkbox"/> Otro familiar: <hr/> Es: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Persona Mayor
					<input type="checkbox"/> Espos/a <input type="checkbox"/> Parejo/a <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> No relación <input type="checkbox"/> Otro familiar: <hr/> Es: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Persona Mayor
					<input type="checkbox"/> Espos/a <input type="checkbox"/> Parejo/a <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> No relación <input type="checkbox"/> Otro familiar: <hr/> Es: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Persona Mayor
					<input type="checkbox"/> Espos/a <input type="checkbox"/> Parejo/a <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> No relación <input type="checkbox"/> Otro familiar: <hr/> Es: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Persona Mayor
					<input type="checkbox"/> Espos/a <input type="checkbox"/> Parejo/a <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> No relación <input type="checkbox"/> Otro familiar: <hr/> Es: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Persona Mayor