

# Formulario de admisión de The Market at Gray House-IMPRI ME CLARAMENTE

PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO # \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

FECHA DE CUMPLEAÑOS \_\_\_\_\_ GÉNERO ☐ Masculino ☐ Femenina ☐ Transgénero/Otro

Por favor seleccione todas las respuestas válidas:

☐ Soy el jefe de hogar ☐ Tengo una discapacidad documentada ☐ Soy un veterano

Etnicidad (seleccionar 1)	Raza (seleccionar 1)	Restricciones Alimentarias
<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino	<input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano / Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro / Multirracial	<input type="checkbox"/> Sin Nueces <input type="checkbox"/> Sin Cerdo <input type="checkbox"/> Halal <input type="checkbox"/> Sin Carne <input type="checkbox"/> Otro: _____

Beneficios Recibidos	
<input type="checkbox"/> Medicaid(MassHealth)	<input type="checkbox"/> SSI
<input type="checkbox"/> Ayuda de Veteranos	<input type="checkbox"/> WIC
<input type="checkbox"/> TANF	<input type="checkbox"/> SNAP
<input type="checkbox"/> Asistencia de Calefacción	<input type="checkbox"/> AFDC
<input type="checkbox"/> Head Start	<input type="checkbox"/> EAEDC
<input type="checkbox"/> Almuerzo de Escuela Gratis/Precio Reducido	

## INGRESO ANUAL DEL HOGAR

Esta información se mantendrá confidencial y se utilizará solo para fines de datos.

### Instrucciones:

- Encuentre el tamaño de su hogar en la columna A
- Si el ingreso anual de su hogar antes de impuestos es menor que la cantidad en la columna B de la misma fila, marque la casilla en esa fila

Si el ingreso familiar antes de impuestos que figura en la lista ES MÁS QUE el monto correspondiente al tamaño de su hogar, marque aquí: ☐

Pautas Ingreso Anual Del Hogar (updated as of 7/1/25)	
A	B
Número de personas en el hogar:	Mi hogar anual antes de impuestos el ingreso es menor que:
1 →	<input type="checkbox"/> \$39,125
2 →	<input type="checkbox"/> \$52,875
3 →	<input type="checkbox"/> \$66,625
4 →	<input type="checkbox"/> \$80,375
5 →	<input type="checkbox"/> \$94,125
6 →	<input type="checkbox"/> \$107,875
7 →	<input type="checkbox"/> \$121,625
8+ →	<input type="checkbox"/> \$135,375

Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y precisa y entiendo que es posible que se comuniquen conmigo en el futuro para verificar el nivel de ingresos de mi hogar.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Continúe al reverso de este formulario si hay otras personas en su hogar. 

## ¿QUIÉN MÁS VIVE EN SU HOGAR?

No incluya a la persona que figura en el anverso de este formulario.

<b>PRIMER NOMBRE:</b>  <b>APELLIDO:</b>	<b>Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY):</b> _____ / _____ / _____ <b>Género:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Transgénero/otra	<b>Ethnicidad (escoger 1):</b> <input type="checkbox"/> Hispana o Latino <input type="checkbox"/> No Hispana/Latino _____ <b>Este individuo es:</b> <b>(Elige todas las que apliquen)</b> <input type="checkbox"/> Jefe de hogar <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> <b>Discapacidad documentada</b>	<b>Raza (sescogar 1):</b> <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro/Multirracial
<b>PRIMER NOMBRE:</b>  <b>APELLIDO:</b>	<b>Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY):</b> _____ / _____ / _____ <b>Género:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Transgénero/otra	<b>Ethnicidad (escoger 1):</b> <input type="checkbox"/> Hispana o Latino <input type="checkbox"/> No Hispana/Latino _____ <b>Este individuo es:</b> <b>(Elige todas las que apliquen)</b> <input type="checkbox"/> Jefe de hogar <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> <b>Discapacidad documentada</b>	<b>Raza (sescogar 1):</b> <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro/Multirracial
<b>PRIMER NOMBRE:</b>  <b>APELLIDO:</b>	<b>Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY):</b> _____ / _____ / _____ <b>Género:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Transgénero/otra	<b>Ethnicidad (escoger 1):</b> <input type="checkbox"/> Hispana o Latino <input type="checkbox"/> No Hispana/Latino _____ <b>Este individuo es:</b> <b>(Elige todas las que apliquen)</b> <input type="checkbox"/> Jefe de hogar <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> <b>Discapacidad documentada</b>	<b>Raza (sescogar 1):</b> <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro/Multirracial
<b>PRIMER NOMBRE:</b>  <b>APELLIDO:</b>	<b>Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY):</b> _____ / _____ / _____ <b>Género:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Transgénero/otra	<b>Ethnicidad (escoger 1):</b> <input type="checkbox"/> Hispana o Latino <input type="checkbox"/> No Hispana/Latino _____ <b>Este individuo es:</b> <b>(Elige todas las que apliquen)</b> <input type="checkbox"/> Jefe de hogar <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> <b>Discapacidad documentada</b>	<b>Raza (sescogar 1):</b> <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro/Multirracial
<b>PRIMER NOMBRE:</b>  <b>APELLIDO:</b>	<b>Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY):</b> _____ / _____ / _____ <b>Género:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Transgénero/otra	<b>Ethnicidad (escoger 1):</b> <input type="checkbox"/> Hispana o Latino <input type="checkbox"/> No Hispana/Latino _____ <b>Este individuo es:</b> <b>(Elige todas las que apliquen)</b> <input type="checkbox"/> Jefe de hogar <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> <b>Discapacidad documentada</b>	<b>Raza (sescogar 1):</b> <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro/Multirracial

Si tiene más personas en su hogar, complete este lado de un formulario adicional.

ESTA INSTITUCIÓN ES UN PROVEEDOR Y EMPLEADOR QUE OFRECE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES.