In this section, please include **ALL MEMBERS OF THE HOUSEHOLD**.

LAST NAME FIRST NAME MIDDLE INITIAL

DATE OF BIRTH: _____ / _____ / _____
MONTH DAY YEAR

RELATIONSHIP: ☐ Son ☐ Daughter ☐ Brother ☐ Sister
☐ Aunt ☐ Uncle ☐ Grandparent ☐ Nephew ☐ Niece
☐ Grandchild ☐ Father ☐ Mother ☐ Step-Child

GENDER: ☐ Male ☐ Female

DISABILITY: ☐ Yes ☐ No

VETERAN: ☐ Yes ☐ No

RACE:
☐ Asian ☐ Black ☐ Hispanic ☐ Native American
☐ Pacific Islander ☐ White ☐ Other

ETHNICITY:
☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino

EDUCATION:
☐ 0-3 Years ☐ Preschool ☐ Kindergarten
☐ Youth:1st-6th Grade ☐ 9th or less ☐ 10th ☐ 11th
☐ 12th ☐ High School Grad ☐ GED ☐ 12+(Post Secondary)
☐ Associates Degree ☐ Bachelors Degree

IS THIS PERSON ABLE TO WORK? ☐ Yes ☐ No

EMPLOYMENT: ☐ Employed ☐ Unemployed
☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ Monthly ☐ Annual
Total Income: $_____
SOURCE: ☐ SSI/SSDI ☐ Social Security ☐ Child Support

HEALTH INSURANCE: ☐ Yes ☐ No
☐ Medicaid ☐ Private ☐ Medicare ☐ CHIP ☐ PCN

LAST NAME FIRST NAME MIDDLE INITIAL

DATE OF BIRTH: _____ / _____ / _____
MONTH DAY YEAR

RELATIONSHIP: ☐ Son ☐ Daughter ☐ Brother ☐ Sister
☐ Aunt ☐ Uncle ☐ Grandparent ☐ Nephew ☐ Niece
☐ Grandchild ☐ Father ☐ Mother ☐ Step-Child

GENDER: ☐ Male ☐ Female

DISABILITY: ☐ Yes ☐ No

VETERAN: ☐ Yes ☐ No

RACE:
☐ Asian ☐ Black ☐ Hispanic ☐ Native American
☐ Pacific Islander ☐ White ☐ Other

ETHNICITY:
☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino

EDUCATION:
☐ 0-3 Years ☐ Preschool ☐ Kindergarten
☐ Youth:1st-6th Grade ☐ 9th or less ☐ 10th ☐ 11th
☐ 12th ☐ High School Grad ☐ GED ☐ 12+(Post Secondary)
☐ Associates Degree ☐ Bachelors Degree

IS THIS PERSON ABLE TO WORK? ☐ Yes ☐ No

EMPLOYMENT: ☐ Employed ☐ Unemployed
☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ Monthly ☐ Annual
Total Income: $_____
SOURCE: ☐ SSI/SSDI ☐ Social Security ☐ Child Support

HEALTH INSURANCE: ☐ Yes ☐ No
☐ Medicaid ☐ Private ☐ Medicare ☐ CHIP ☐ PCN

LAST NAME FIRST NAME MIDDLE INITIAL

DATE OF BIRTH: _____ / _____ / _____
MONTH DAY YEAR

RELATIONSHIP: ☐ Son ☐ Daughter ☐ Brother ☐ Sister
☐ Aunt ☐ Uncle ☐ Grandparent ☐ Nephew ☐ Niece
☐ Grandchild ☐ Father ☐ Mother ☐ Step-Child

GENDER: ☐ Male ☐ Female

DISABILITY: ☐ Yes ☐ No

VETERAN: ☐ Yes ☐ No

RACE:
☐ Asian ☐ Black ☐ Hispanic ☐ Native American
☐ Pacific Islander ☐ White ☐ Other

ETHNICITY:
☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino

EDUCATION:
☐ 0-3 Years ☐ Preschool ☐ Kindergarten
☐ Youth:1st-6th Grade ☐ 9th or less ☐ 10th ☐ 11th
☐ 12th ☐ High School Grad ☐ GED ☐ 12+(Post Secondary)
☐ Associates Degree ☐ Bachelors Degree

IS THIS PERSON ABLE TO WORK? ☐ Yes ☐ No

EMPLOYMENT: ☐ Employed ☐ Unemployed
☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ Monthly ☐ Annual
Total Income: $_____
SOURCE: ☐ SSI/SSDI ☐ Social Security ☐ Child Support

HEALTH INSURANCE: ☐ Yes ☐ No
☐ Medicaid ☐ Private ☐ Medicare ☐ CHIP ☐ PCN

"I, _____, give **Switchpoint Community Resource Center & Pantry** consent to release, obtain and share all pertinent identifying and non-confidential social, medical and other information about myself that will allow me to benefit from services offered. In granting such permission, I understand that such information will remain confidential and that such information will only be used for my benefit or to benefit other members of my family.

The statements made by me on this consent form are true, correct and complete to the best of my knowledge.

Customer Signature: _____Date: _____ Staff Signature: _____ Date: _____

En esta seccion, favor de incluir a **TODOS LOS MIEMBROS DE LA CASA**.

_____	_____	_____
APELLIDO(S) NOMBRE(S)	APELLIDO(S) NOMBRE(S)	APELLIDO(S) NOMBRE(S)
Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ MES DIA ANO	Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ MES DIA ANO	Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ MES DIA ANO
RELACION: ☐ Hijo ☐ Hija ☐ Hermano ☐ Hermana ☐ Tio ☐ Tia ☐ Abuelo(a) ☐ Sobrino ☐ Sobrina ☐ Nieto(a) ☐ Padre ☐ Madre ☐ Hijastro(a)	RELACION: ☐ Hijo ☐ Hija ☐ Hermano ☐ Hermana ☐ Tio ☐ Tia ☐ Abuelo(a) ☐ Sobrino ☐ Sobrina ☐ Nieto(a) ☐ Padre ☐ Madre ☐ Hijastro(a)	RELACION: ☐ Hijo ☐ Hija ☐ Hermano ☐ Hermana ☐ Tio ☐ Tia ☐ Abuelo(a) ☐ Sobrino ☐ Sobrina ☐ Nieto(a) ☐ Padre ☐ Madre ☐ Hijastro(a)
SEXO: ☐ Hombre ☐ Mujer DISCAPACIDAD: ☐ Si ☐ No VETERANO(A): ☐ Si ☐ No	SEXO: ☐ Hombre ☐ Mujer DISCAPACIDAD: ☐ Si ☐ No VETERANO(A): ☐ Si ☐ No	SEXO: ☐ Hombre ☐ Mujer DISCAPACIDAD: ☐ Si ☐ No VETERANO(A): ☐ Si ☐ No
RAZA: ☐ Asiatico ☐ Africano ☐ Hispano ☐ Americano Nativo ☐ Isla de Pacifico ☐ Caucasico ☐ Otro	RAZA: ☐ Asiatico ☐ Africano ☐ Hispano ☐ Americano Nativo ☐ Isla de Pacifico ☐ Caucasico ☐ Otro	RAZA: ☐ Asiatico ☐ Africano ☐ Hispano ☐ Americano Nativo ☐ Isla de Pacifico ☐ Caucasico ☐ Otro
ETHNICIDAD: ☐ Hispanico o Latino ☐ No Hispanico o Latino	ETHNICIDAD: ☐ Hispanico o Latino ☐ No Hispanico o Latino	ETHNICIDAD: ☐ Hispanico o Latino ☐ No Hispanico o Latino
EDUCATION (Nivel mas alto completado): ☐ 0-3 Anos ☐ Escuela Preescolar ☐ Kindergarten ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Preparatoria ☐ GED ☐ Universidad ☐ Asociado Licensiatura	EDUCATION (Nivel mas alto completado): ☐ 0-3 Anos ☐ Escuela Preescolar ☐ Kindergarten ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Preparatoria ☐ GED ☐ Universidad ☐ Asociado Licensiatura	EDUCATION (Nivel mas alto completado): ☐ 0-3 Anos ☐ Escuela Preescolar ☐ Kindergarten ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Preparatoria ☐ GED ☐ Universidad ☐ Asociado Licensiatura
ESTA PERSONA PUEDE TRABAJAR? ☐ Si ☐ No	ESTA PERSONA PUEDE TRABAJAR? ☐ Si ☐ No	ESTA PERSONA PUEDE TRABAJAR? ☐ Si ☐ No
ESTADO de EMPLEO: ☐ Empleado(a) ☐ Desempleado(a) ☐ Semanal ☐ Bi-semanal ☐ Mensual ☐ Anual **Ingresos Totales: $**_____ **SOURCE**: ☐ SSI/SSDI ☐ Seguro Social ☐ Apoyo para los Ninos	ESTADO de EMPLEO: ☐ Empleado(a) ☐ Desempleado(a) ☐ Semanal ☐ Bi-semanal ☐ Mensual ☐ Anual **Ingresos Totales: $**_____ **SOURCE**: ☐ SSI/SSDI ☐ Seguro Social ☐ Apoyo para los Ninos	ESTADO de EMPLEO: ☐ Empleado(a) ☐ Desempleado(a) ☐ Semanal ☐ Bi-semanal ☐ Mensual ☐ Anual **Ingresos Totales: $**_____ **SOURCE**: ☐ SSI/SSDI ☐ Seguro Social ☐ Apoyo para los Ninos
SEGURO MEDICO: ☐ Si ☐ No ☐ Medicaid ☐ Privado ☐ Medicare ☐ CHIP ☐ PCN	SEGURO MEDICO: ☐ Si ☐ No ☐ Medicaid ☐ Privado ☐ Medicare ☐ CHIP ☐ PCN	SEGURO MEDICO: ☐ Si ☐ No ☐ Medicaid ☐ Privado ☐ Medicare ☐ CHIP ☐ PCN

"Yo, _____, doy a **Switchpoint Community Resource Center & Pantry** mi permiso para divulger, obtener y compartir toda informacion pertienente y identificante que sea no confidencial, social o medical de yo mismo que me permitira a beneficiarme de los servicios ofrecidos. Al dar tal permiso, yo entiendo que tal informacion permanecera confidencial y que tal informacion sera utilizada solamente para mi beneficio o el beneficio de otros miembros de mi familia.

Las declaraciones hechas por mi en este formulario de consentimiento son verdaderas, correctas y completes segun mi major conocimiento.

Firma del Cliente: _____Fecha: _____ Firma del Empleado: _____ Fecha: _____