

PLEASE COMPLETE ALL BOXES AS COMPLETELY AS POSSIBLE.

PANTRY INTAKE & CONSENT FORM

TODAY'S INTAKE DATE: _____

Circle One **2020 Federal Poverty Guidelines**

Household Size	125% Monthly	125% Annual
1	\$1,329	\$15,950
2	\$1,796	\$21,550
3	\$2,263	\$27,150
4	\$2,729	\$32,750
5	\$3,196	\$38,350
6	\$3,663	\$43,950

APPLICANT

Address _____ P.O. Box _____

City _____ State _____ Zip Code _____

Phone Number: _____

LIVING ARRANGEMENT: Rent: \$ _____

Rent Subsidized Own w/Friends & Family Homeless

DOES ANYONE IN HOUSEHOLD HAVE?

- Food Stamps Yes No Amount: \$ _____
- WIC Yes No
- Free School Lunch Yes No
- Medicaid Yes No

CURRENT VEHICLE: Make _____

Model: _____ Year _____

If you are the only member of your household, please STOP here.

HOUSEHOLD MEMBER

LAST NAME _____ FIRST NAME _____ MIDDLE INITIAL _____

DATE OF BIRTH _____ / _____ / _____

MONTH DAY YEAR

EMAIL: _____

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

FAMILY TYPE: (Choose One)

Single Single Parent/Female Single Parent/Male Married (w/children) Married (no children) Single w/Partner Multiple Adults (living w/children) Multiple Adults (no children) Grandparent (raising Grandchildren) Other

HEALTH INSURANCE: Yes No

Private Medicaid Medicare CHIP PCN

EDUCATION: High School Grad GED 9th or less 10th 11th 12th 12+ (Post Secondary) Some College Associate Degree Bachelors Degree Child Grade _____

IS THIS PERSON ABLE TO WORK? Yes No

EMPLOYMENT STATUS: Unemployed Full-Time Part-Time

INCOME: \$ _____ Seasonal Weekly Bi-Weekly Monthly Annual

ADDITIONAL SOURCES OF INCOME:

Source	Amount

LAST NAME _____ FIRST NAME _____ MIDDLE INITIAL _____

DATE OF BIRTH _____ / _____ / _____

MONTH DAY YEAR

EMAIL: _____

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

FAMILY TYPE: (Choose One)

Single Single Parent/Female Single Parent/Male Married (w/children) Married (no children) Single w/Partner Multiple Adults (living w/children) Multiple Adults (no children) Grandparent (raising Grandchildren) Other

HEALTH INSURANCE: Yes No

Private Medicaid Medicare CHIP PCN

EDUCATION: High School Grad GED 9th or less 10th 11th 12th 12+ (Post Secondary) Some College Associate Degree Bachelors Degree Child Grade _____

IS THIS PERSON ABLE TO WORK? Yes No

EMPLOYMENT STATUS: Unemployed Full-Time Part-Time

INCOME: \$ _____ Seasonal Weekly Bi-Weekly Monthly Annual

ADDITIONAL SOURCES OF INCOME:

Source	Amount

Favor de completar todo el informe que sea posible segun su conocimiento.

Escoja Una con un Circulo Pauras Federales de Pobreza de 2020

Tomano de Hogar	125% Mensual	125% Anual
1	\$1,329	\$15,950
2	\$1,796	\$21,550
3	\$2,263	\$27,150
4	\$2,729	\$32,750
5	\$3,196	\$38,350
6	\$3,663	\$43,950

Aplicante

Domicilio _____ P.O. Caja _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

APELLIDO(S) _____ NOMBRE(S) _____

FECHA de NACIMIENTO _____ / _____ / _____
MES DIA ANO

CORREO ELECTRONICO: _____

SEXO: HOMBRE MUJER DISCAPACIDAD: SI No VETERANO(A): SI No

RAZA: Asiatico Africano Hispano American Nativo Isla de Pacifico Caucasico Otro

ETHNICIDAD: Hispano o Latino No Hispano o Latino

TIPO de FAMILIA: (Elige Uno)
 Soltero(a) Madre Soltera Padre Soltero
 Casado(a) con Hijos Casado(a) sin Hijos Soltero(a) con novio(a)
 Varios Adultos con Ninos Varios Adultos sin Ninos
 Abuelo(a) con Nieto Otro

SEGURO MEDICO: Si No
 Privado Medicaid Medicare CHIP PCN

EDUCATION: Primeria Secundaria Preparatoria GED
 Poca Universidad Asociado Licenciatura

ESTA EN CONDICIONES SUFICIENTES PARA TRABAJAR? Si No

ESTADO de EMPLEO: Desempleado(a) Empleado(a)

INGRESOS: \$ _____
 Medio Tiempo Estacional Semanal
 Bi-Semanal Mensual Anual

OTRAS GUENTES DE INGRESOS: _____

Fuente	Cantidad

Pantry Intake & Consent Form

FECHA de ADMISION de HOY: _____

Numero de Telefono: _____

ARREGLO de VIVIENDA: Renta: \$ _____

Renta Subvencionado Propio Con Familia/Amigos Sin Hogar

ALGUIEN EN EL HOGAR TIENE?

- Estampas de Comida Si No Amount: \$ _____
- WIC Si No
- Comida Gratis de la Escuela Si No
- Medicaid Si No

VEHICULO ACTUAL: Marca: _____

Modelo: _____ Ano: _____

Si usted es el unico miembro de casa, por favor, pare aqui.

MIEMBRO de CASA

APELLIDO(S) _____ NOMBRE(S) _____

FECHA de NACIMIENTO _____ / _____ / _____
MES DIA ANO

CORREO ELECTRONICO: _____

SEXO: HOMBRE MUJER DISCAPACIDAD: SI No VETERANO(A): SI No

RAZA: Asiatico Africano Hispano American Nativo Isla de Pacifico Caucasico Otro

ETHNICIDAD: Hispano o Latino No Hispano o Latino

TIPO de FAMILIA: (Elige Uno)
 Soltero(a) Madre Soltera Padre Soltero
 Casado(a) con Hijos Casado(a) sin Hijos Soltero(a) con novio(a)
 Varios Adultos con Ninos Varios Adultos sin Ninos
 Abuelo(a) con Nieto Otro

SEGURO MEDICO: Si No
 Privado Medicaid Medicare CHIP PCN

EDUCATION: Primeria Secundaria Preparatoria GED
 Poca Universidad Asociado Licenciatura

ESTA EN CONDICIONES SUFICIENTES PARA TRABAJAR? Si No

ESTADO de EMPLEO: Desempleado(a) Empleado(a)

INGRESOS: \$ _____
 Medio Tiempo Estacional Semanal
 Bi-Semanal Mensual Anual

OTRAS GUENTES DE INGRESOS: _____

Fuente	Cantidad