



Formulario de Información

INFORMACION PERSONAL

Nombre

Dirrección

Fecha de nacimiento Identidad de género

Número de teléfono Raza/Etnicidad

Correo electrónico Ingresos Mensuales

PREGUNTAS SOBRE LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA Frecuentemente A veces Nunca

1. ¿Te haz PREOCUPADO últimamente quedarte sin comida?
2. ¿De verdad se te ha ACABADO la comida últimamente?

INFORMACIÓN GENERAL

- | | Sí | No |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 3. ¿Hay alguien en el hogar que recibe beneficios de SNAP? (estampillas) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. ¿Hay alguien en el hogar que declare a los hijos en las taxas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. ¿Hay alguien en el hogar inscrito en el LIEAP? (Asistencia energética) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. ¿Hay alguien en el hogar que recibe WIC? (Mujeres, Bebés y Niños) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. ¿Hay alguien en el hogar que reciba asistencia para veteranos? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. ¿Los niños de la familia reciben comidas gratuitas o a precio reducido en la escuela? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

¿ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR RECIBE ... (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> SEGURO MEDICO DEL ESTADO (KANCARE) | <input type="radio"/> SECCIÓN 8 VOUCHER | <input type="radio"/> INGRESO SUPLEMENTARIO DE SEGURIDAD (SSI) |
| <input type="radio"/> SEGURO MÉDICO PARA PERSONAS MAYORES | <input type="radio"/> VIVIENDA PÚBLICA | <input type="radio"/> SEGURO DE INCAPACIDAD DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SSDI) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> SEGURIDAD SOCIAL | |

Por favor, añada a continuación la información de todos los miembros de su hogar. Se considera miembro del hogar cualquier persona con la que conviva bajo el mismo techo. Si hay más personas en su hogar, utilice otro de estos formularios.

MIEMBROS ADICIONALES DEL HOGAR

}	Nombre	<input type="text"/>
	Fecha de nacimiento	<input type="text"/>
	Identidad de género	<input type="checkbox"/> <u>Varón</u> <input type="checkbox"/> <u>Hembra</u> <input type="checkbox"/> <u>Transgénero</u> <input type="checkbox"/> <u>Ninguno</u>
}	Raza/Etnicidad	<input type="checkbox"/> <u>Caucasiano</u> <input type="checkbox"/> <u>Hispano/Latinx</u> <input type="checkbox"/> <u>Negro/afroamericano</u> <input type="checkbox"/> <u>Asiático</u> <input type="checkbox"/> <u>Indígena americano/nativo de Alaska</u> <input type="checkbox"/> <u>Mediooriental/Norteafricano</u> <input type="checkbox"/> <u>Nativo de Hawaii/Islas del Pacífico</u> <input type="checkbox"/> <u>Prefiero no contestar</u>
	Nombre	<input type="text"/>
	Fecha de nacimiento	<input type="text"/>
	Identidad de género	<input type="checkbox"/> <u>Varón</u> <input type="checkbox"/> <u>Hembra</u> <input type="checkbox"/> <u>Transgénero</u> <input type="checkbox"/> <u>Ninguno</u>
}	Raza/Etnicidad	<input type="checkbox"/> <u>Caucasiano</u> <input type="checkbox"/> <u>Hispano/Latinx</u> <input type="checkbox"/> <u>Negro/afroamericano</u> <input type="checkbox"/> <u>Asiático</u> <input type="checkbox"/> <u>Indígena americano/nativo de Alaska</u> <input type="checkbox"/> <u>Mediooriental/Norteafricano</u> <input type="checkbox"/> <u>Nativo de Hawaii/Islas del Pacífico</u> <input type="checkbox"/> <u>Prefiero no contestar</u>
	Nombre	<input type="text"/>
	Fecha de nacimiento	<input type="text"/>
	Identidad de género	<input type="checkbox"/> <u>Varón</u> <input type="checkbox"/> <u>Hembra</u> <input type="checkbox"/> <u>Transgénero</u> <input type="checkbox"/> <u>Ninguno</u>
}	Raza/Etnicidad	<input type="checkbox"/> <u>Caucasiano</u> <input type="checkbox"/> <u>Hispano/Latinx</u> <input type="checkbox"/> <u>Negro/afroamericano</u> <input type="checkbox"/> <u>Asiático</u> <input type="checkbox"/> <u>Indígena americano/nativo de Alaska</u> <input type="checkbox"/> <u>Mediooriental/Norteafricano</u> <input type="checkbox"/> <u>Nativo de Hawaii/Islas del Pacífico</u> <input type="checkbox"/> <u>Prefiero no contestar</u>
	Nombre	<input type="text"/>
	Fecha de nacimiento	<input type="text"/>
	Identidad de género	<input type="checkbox"/> <u>Varón</u> <input type="checkbox"/> <u>Hembra</u> <input type="checkbox"/> <u>Transgénero</u> <input type="checkbox"/> <u>Ninguno</u>
}	Raza/Etnicidad	<input type="checkbox"/> <u>Caucasiano</u> <input type="checkbox"/> <u>Hispano/Latinx</u> <input type="checkbox"/> <u>Negro/afroamericano</u> <input type="checkbox"/> <u>Asiático</u> <input type="checkbox"/> <u>Indígena americano/nativo de Alaska</u> <input type="checkbox"/> <u>Mediooriental/Norteafricano</u> <input type="checkbox"/> <u>Nativo de Hawaii/Islas del Pacífico</u> <input type="checkbox"/> <u>Prefiero no contestar</u>