

# 2021 REGISTRATION FORM



Office/Volunteer Use	
Initial Visit	Y/N
Copy of Photo ID	Y/N
Resource Guide Given	Y/N
Signed Client Policies Given	Y/N
If applying for USDA based on government programs, copy of proof of participation Y/N	
<b>Qualifies for USDA</b>	<b>Y/N</b>

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Condado (círculo uno): Williamson / Maury / Otro \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Etnicidad ( marque uno): Caucásico / Nativo americano / Asia / Africa / hispano / Otros: \_\_\_\_\_

Estado civil (marque uno) : Soltero / Casado / Viviendo juntos / Divorciado / Viudo

El pozo de Extensión puede compartir mi nombre, correo electrónico o número de teléfono con 3<sup>ra</sup> partes interesadas en proporcionar asistencia adicional a mí o mi familia. Marque uno:  SÍ  NO

Lista de **todas las** personas en el hogar , **incluido usted mismo** (use de nuevo si es necesario):

Número total en el hogar \_\_\_\_\_

Name/Nombre	Género (M o F)	Age/Años	Fecha de nacimiento (MM / DD / AAAA)	Relationship to you/ Relacionado contigo

Las familias califican para el USDA en función de **los** ingresos  la participación en ciertos programas de asistencia del gobierno.

Si desea solicitar la distribución de alimentos del USDA, complete el método con el que desea calificar:			
Basado en ingresos autodeclarados:	<input type="radio"/>	basado en programas de asistencia del gobierno **:	
Ingresos mensuales del empleo \$ _____		cupones de alimentos (SNAP)	Y/N
Ingresos mensuales de la Seguridad Social \$ _____		Primero las familias (FF)	Y/N
Ingresos mensuales de manutención infantil \$ _____		Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	Y/N
Ingresos mensuales de otras fuentes \$ _____		Asistencia de energía para el hogar de bajos ingresos (LP)	Y/N
Ingreso mensual total /Total Monthly Income \$ _____		Vivienda pública (PH)	Y/N

Completé la información anterior lo mejor que pude y verifiqué que toda la información es correcta. Acepto notificar a The Well Outreach cualquier cambio en la información anterior. He recibido una copia de las políticas del cliente y acepto cumplir con ellas.

Fecha de firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_