



Aplicación de Alcance de Comida

South Bay Outreach Center
4046 Marine Ave
Lawndale, CA 900260
310-675-1384

Para Uso de Oficina Solamente	
Start Date:	_____
Preferred Day:	_____
No. In Family:	_____
Adults:_____ Children:_____	
Reviewed by:	_____
Withdrawn Date:	_____

Fecha: ___/___/___

Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Referido por: _____

Nombre: _____

Apellido	Primer Nombre	Inicial
----------	---------------	---------

Nombre de Pareja: _____

Apellido	Primer Nombre	Inicial
----------	---------------	---------

Domicilio: _____

Calle	Apto #	Ciudad	Estado	Código Postal
-------	--------	--------	--------	---------------

¿Cuál es el mejor numero para contactarlo? (_____)_____ Casa Celular

¿Está trabajando actualmente? Yes No

¿Está trabajando su pareja? Yes No

¿Está recibiendo alguno de los siguientes beneficios?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Seguro Social (SSI) | <input type="checkbox"/> Medical |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de Incapacidad (SSD, or SSDI) | <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal a Familias con Niños Dependientes |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo | <input type="checkbox"/> Cal Fresh, SNAP, General Relief Program, EBT |
| <input type="checkbox"/> Medicare | |

Total de ingresos mensuales: \$ _____

¿Cuál es su principal fuente de ingresos? Trabajo Beneficios Otro **Por favor especificar** _____

¿Cuántas personas en tu hogar? _____

** Tenga en cuenta que el número de personas en su hogar se refiere a su unidad económica NO el número de personas que viven en su casa

Cantidad de Niños : _____ Adultos: _____

Escriba nombre de niños y otros adultos en su hogar (unidad económica):

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>
1. _____	_____	5. _____	_____
2. _____	_____	6. _____	_____
3. _____	_____	7. _____	_____
4. _____	_____	8. _____	_____

El horario de recogida de alimentos es entre las 2:00 pm y las 3:30 pm de lunes a sábado

ELIGE UN DÍA DE RECOGIDA: Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado