

Formulario general para el uso del programa informatico Link2Feed
For Client
Certification & Recertification

Proyecto de acción comunitaria congregacional
 112 S. Kent Street Winchester, VA 22601



CCAP brinda asistencia a los residentes de la ciudad de Winchester y el condado de Frederick, VA y alimentos del USDA para los residentes de Virginia

Esta sección solo para CCAP
 DATE REC'VD _____
 CCAP personnel initials _____
 L2F # _____
 DATE CARD MAIL/GIVEN _____
 CARD PUT IN FILE BOX _____
 NOTES _____

PARA QUE CCAP PUEDA AYUDARLE MEJOR DE MANERA OPORTUNA ES NECESARIO LOS SIGUIENTE

- Lea y COMPLETE cada sección del formulario con atención, respondiendo de manera completa y precisa, ya que cualquier discrepancia o error retrasará su certificación hasta que se resuelva.
- Registre los nombres completos de usted y de todas las personas que viven con usted en su hogar como en los documentos oficiales.
- **PARA AYUDA CCAP** (ropa, ayuda financiera, etc.): Debe tener en cada visita: **1. Identificación con foto** - como licencia de conducir vigente, tarjeta de identificación con foto del DMV, pasaporte, identificación militar, etc. **2. Comprobante de residencia:** como contrato de arrendamiento actual, recibo de alquiler, factura de servicios públicos, estado de cuenta de la hipoteca, etc., que debe tener su nombre y dirección actual en la lista (con fecha dentro de un mes).
- **FIRME Y FECHA EL ACUERDO CCAP PÁGINA 3 X**

INFORMACION GENERAL DEL CLIENTE

Fecha en que visitó al banco de alimentos por primera vez: _____

Nombre:

Primer nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ ¿estimado? _____ sí _____ No
mes día año

Género:

- Femenino
- Masculino
- Transgénero
- No revelado
- Otro

Estado civil:

- Soltero/a
- Casado/a
- Vivir en pareja
- Divorciado/a
- Separado/a
- Viudo/a
- No revaldo

Dirección: *(Debe tener una dirección postal; si recibe correo en P. O. Box uto otro, agregue a continuación)*

Calle _____
 apartamento o habitacion # _____ Lote # _____ Otra _____

Ciudad/Municipio _____ Estado _____ Código postal _____

Condado _____ No tiene domicilio fijo (completar Ciudad o Condado)

(Reciba correo en: _____)

Dirección de correo electrónico

Números telefónicos

Móvil/Celular _____

Teléfono fijo _____

¿Es el inglés su idioma principal?

sí No

Si la respuesta es No, el idioma principal es _____

Etnicidad:

- blanco y/o anglosajón asiático N/A Otro
- negro y/o afroamericano nativo de Alaska, aleut o eskimal
- hispano y/o Latino del medio oriente o norafricano
- de la islas pacificas aborigen americano y/o nativo de las América

Se considera (a si mismo como)

- Discapacitado Veterano Ninguna No revalado

INGRESOS Y BENEFICIOS MENSUALES TOTALES PARA TODOS EN EL HOGAR

Fuentes de ingresos:

(total para todos en el hogar, incluida la persona de la página 1)

Sin ingresos

INGRESO MENSUAL TOTAL DEL HOGAR

\$ _____

Otros beneficios recibidos (Marque todos los que correspondan):

- Medicaid (Seguro de enfermedad)
- SNAP - Programa de asistencia nutricional suplementaria (cupones de alimentos)
- SSI - Ingreso de seguridad suplementario
- TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas

Marque si es elegible para TEFAP Marque si recibió formulario de no discriminación del USDA **USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades**

MIEMBROS DEL HOGAR - NO ESCRIBA SU NOMBRE OTRA VEZ (ENUMERE TODOS LOS DEMÁS QUE VIVEN EN ESTA DIRECCIÓN CON USTED)

1. Primer nombre: _____ Apellido: _____		
Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Etnicidad: _____		
Relación: <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Niña <input type="checkbox"/> Madre/Padre <input type="checkbox"/> Hermana/o <input type="checkbox"/> Nieta <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Otra/o pariente <input type="checkbox"/> Amiga/o <input type="checkbox"/> Compañera/o de cuarto <input type="checkbox"/> Pabellón <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No revelado <input type="checkbox"/> Novio/a <input type="checkbox"/> Pareja de Hecho		
2. Primer nombre: _____ Apellido: _____		
Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Etnicidad: _____		
Relación: <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Niña <input type="checkbox"/> Madre/Padre <input type="checkbox"/> Hermana/o <input type="checkbox"/> Nieta <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Otra/o pariente <input type="checkbox"/> Amiga/o <input type="checkbox"/> Compañera/o de cuarto <input type="checkbox"/> Pabellón <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No revelado <input type="checkbox"/> Novio/a <input type="checkbox"/> Pareja de Hecho		
3. Primer nombre: _____ Apellido: _____		
Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Etnicidad: _____		
Relación: <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Niña <input type="checkbox"/> Madre/Padre <input type="checkbox"/> Hermana/o <input type="checkbox"/> Nieta <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Otra/o pariente <input type="checkbox"/> Amiga/o <input type="checkbox"/> Compañera/o de cuarto <input type="checkbox"/> Pabellón <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No revelado <input type="checkbox"/> Novio/a <input type="checkbox"/> Pareja de Hecho		
4. Primer nombre: _____ Apellido: _____		
Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Etnicidad: _____		
Relación: <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Niña <input type="checkbox"/> Madre/Padre <input type="checkbox"/> Hermana/o <input type="checkbox"/> Nieta <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Otra/o pariente <input type="checkbox"/> Amiga/o <input type="checkbox"/> Compañera/o de cuarto <input type="checkbox"/> Pabellón <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No revelado <input type="checkbox"/> Novio/a <input type="checkbox"/> Pareja de Hecho		
5. Primer nombre: _____ Apellido: _____		
Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Etnicidad: _____		
Relación: <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Niña <input type="checkbox"/> Madre/Padre <input type="checkbox"/> Hermana/o <input type="checkbox"/> Nieta <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Otra/o pariente <input type="checkbox"/> Amiga/o <input type="checkbox"/> Compañera/o de cuarto <input type="checkbox"/> Pabellón <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No revelado <input type="checkbox"/> Novio/a <input type="checkbox"/> Pareja de Hecho		
6. Primer nombre: _____ Apellido: _____		
Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Etnicidad: _____		
Relación: <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Niña <input type="checkbox"/> Madre/Padre <input type="checkbox"/> Hermana/o <input type="checkbox"/> Nieta <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Otra/o pariente <input type="checkbox"/> Amiga/o <input type="checkbox"/> Compañera/o de cuarto <input type="checkbox"/> Pabellón <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No revelado <input type="checkbox"/> Novio/a <input type="checkbox"/> Pareja de Hecho		
7. Primer nombre: _____ Apellido: _____		
Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Etnicidad: _____		
Relación: <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Niña <input type="checkbox"/> Madre/Padre <input type="checkbox"/> Hermana/o <input type="checkbox"/> Nieta <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Otra/o pariente <input type="checkbox"/> Amiga/o <input type="checkbox"/> Compañera/o de cuarto <input type="checkbox"/> Pabellón <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No revelado <input type="checkbox"/> Novio/a <input type="checkbox"/> Pareja de Hecho		
8. Primer nombre: _____ Apellido: _____		
Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Etnicidad: _____		
Relación: <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Niña <input type="checkbox"/> Madre/Padre <input type="checkbox"/> Hermana/o <input type="checkbox"/> Nieta <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Otra/o pariente <input type="checkbox"/> Amiga/o <input type="checkbox"/> Compañera/o de cuarto <input type="checkbox"/> Pabellón <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No revelado <input type="checkbox"/> Novio/a <input type="checkbox"/> Pareja de Hecho		
9. Primer nombre: _____ Apellido: _____		
Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Etnicidad: _____		
Relación: <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Niña <input type="checkbox"/> Madre/Padre <input type="checkbox"/> Hermana/o <input type="checkbox"/> Nieta <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Otra/o pariente <input type="checkbox"/> Amiga/o <input type="checkbox"/> Compañera/o de cuarto <input type="checkbox"/> Pabellón <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No revelado <input type="checkbox"/> Novio/a <input type="checkbox"/> Pareja de Hecho		
10. Primer nombre: _____ Apellido: _____		
Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Etnicidad: _____		
Relación: <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Niña <input type="checkbox"/> Madre/Padre <input type="checkbox"/> Hermana/o <input type="checkbox"/> Nieta <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Otra/o pariente <input type="checkbox"/> Amiga/o <input type="checkbox"/> Compañera/o de cuarto <input type="checkbox"/> Pabellón <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No revelado <input type="checkbox"/> Novio/a <input type="checkbox"/> Pareja de Hecho		
11. Primer nombre: _____ Apellido: _____		
Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Etnicidad: _____		
Relación: <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Niña <input type="checkbox"/> Madre/Padre <input type="checkbox"/> Hermana/o <input type="checkbox"/> Nieta <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Otra/o pariente <input type="checkbox"/> Amiga/o <input type="checkbox"/> Compañera/o de cuarto <input type="checkbox"/> Pabellón <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No revelado <input type="checkbox"/> Novio/a <input type="checkbox"/> Pareja de Hecho		
12. Primer nombre: _____ Apellido: _____		
Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Etnicidad: _____		
Relación: <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Niña <input type="checkbox"/> Madre/Padre <input type="checkbox"/> Hermana/o <input type="checkbox"/> Nieta <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Otra/o pariente <input type="checkbox"/> Amiga/o <input type="checkbox"/> Compañera/o de cuarto <input type="checkbox"/> Pabellón <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No revelado <input type="checkbox"/> Novio/a <input type="checkbox"/> Pareja de Hecho		



CCAP ACUERDO Y LIBERACION

Proyecto de acción comunitaria congregacional

Complete todas las áreas con líneas en blanco en la parte superior y la fecha y firme en la parte inferior donde se indica.

ACUERDO Y LIBERACIÓN

Este Acuerdo y Liberación se realiza el día _____ de _____, 20____ por y entre Congregational Community Action Project, Inc., (en adelante denominado "CCAP", una corporación sin fines de lucro de Virginia, y _____ en lo sucesivo denominado "el Cliente").

POR CUANTO, CCAP es una corporación sin fines de lucro que proporciona alimentos, ropa, productos y asistencia financiera a los necesitados, indigentes y trabajadores pobres di Winchester y los condados circundantes. CCAP es una organización sin fines de lucro que utiliza todos sus recursos en beneficio de sus clientes.

Ahora POR LO TANTO, en consideración de los convenios mutuos establecidos en este documento, CCAP y el Cliente acuerdan lo siguiente:

1. CCAP acuerda aceptar al Cliente y proporcionarle al Cliente alimentos, ropa, productos, equipos y, en algunos casos, asistencia financiera, todo de conformidad con las políticas y procedimientos de CCAP.
2. El Cliente acepta, como condición expresa de aceptar los servicios ofrecidos por CCAP, cumplir con las políticas y procedimientos de CCAP y mantener a CCAP, sus Oficiales, Directores, Personal y voluntarios, indemnes de toda responsabilidad, reclamos, lesiones, quejas, daños y causas de acción, conocidos o desconocidos, directos o indirectos, asociados con la aceptación del Cliente de los servicios y productos de CCAP prestados al Cliente o daños o lesiones sufridos en la propiedad de CCAP ubicada en 112 South Kent Street, Winchester, Virginia 22601.
3. El Cliente acepta que este Acuerdo y Liberación serán vinculantes para él y para todos los sucesores, cesionarios y representantes personales del Cliente.
4. Las partes reconocen y declaran que han leído este Acuerdo y lo Liberan y lo entienden, han tenido la oportunidad adecuada de consultar a un asesor legal con respecto al mismo y aceptan estar sujetos a todos sus términos..

Las partes han firmado este Acuerdo y Liberación a partir de la fecha efectiva establecida..

Fecha

Nombre impreso o por el cliente

X _____
Firma del client