

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

Género:
 Femenino
 Masculino
 Ninguno de esos
 Transgénero
 No responde

Estado civil:
 Vivir en pareja
 Divorciado/a
 Casado/a
 Separado/a
 Soltero/a
 Viudo/a
 No responde

Dirección: *(Usted debe tener una dirección de la calle)*
 Calle _____
 apartamento o habitacion # _____ Lote # _____ Otra _____
 Ciudad/Municipio _____ Estado _____ Código postal _____
 Condado _____ No tiene domicilio fijo (completar Ciudad o Condado)
Housing Type: propia casa alquiler con familia/amigos
 sin vivienda/refugio/vivienda de transición/motel No responde

Dirección de correo electrónico

Números telefónicos

¿Es el inglés su idioma principal?
 sí No Si la respuesta es No,
 el idioma principal es _____

Referido por:
 boca a boca Iglesia/sinfines de lucro Servicios sociales Otro No responde

Etnicidad:
 nativo de Alaska, aleut o eskimal aborigen americano y/o nativo de las América
 asiático negro y/o afroamericano
 hispano y/o Latino del medio oriente o norafricano
 de la islas pacificas blanco y/o anglosajón No responde

Como te identificas:
 Discapacitado Veterano Ninguna No responde

INGRESOS Y BENEFICIOS MENSUALES TOTALES PARA TODOS EN EL HOGAR

***Ingresos:** Proporcione el total de ingresos mensuales para TODO EL HOGAR
(Esto significa su ingreso y el de todos los demás que viven en esta residencia y tienen un ingreso)
Pon X aquí si no hay ingresos _____ 0
INGRESOS TOTALES MENSUALES \$ _____

¿Alguien del hogar recibe actualmente SNAP (cupones para alimentos)? Si No No responde
Otros beneficios familiares recibidos (marque todo lo que corresponda)
 Medicaid SSI TANF WIC Otros beneficios
 Sin beneficios No responde

X Firmado por el solicitante o apoderado: el USDA actualmente renuncia a las firmas debido a COVID _____

COMPLETE AMBOS LADOS Y FIRME Y FECHÉ EL ACUERDO CCAP EN LA PÁGINA 3

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 de la ciudad de Winchester y los condado de Frederick VA. 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 para aceptar los servicios ofrecidos por CCAP, cumplir con las políticas y procedimientos de CCAP eximir a CCAP, sus Funcionarios, Directores, Personal y Voluntarios de toda responsabilidad, reclamo, lesiones, quejas, daños y perjuicios y causa de acción, conocidos o desconocidos, directos o indirectos, asociados con dicho asunto sostenido en la propiedad de CCAP.
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