



## FORMATO DE SOLICITUD DE SERVICIOS DE NAM

**Fecha de hoy:**

**Apellido:** \_\_\_\_\_ **Primer nombre:** \_\_\_\_\_ **Segundo nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Género:** \_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_ Mujer

**Estado civil (marque uno):** \_\_\_\_ Soltero \_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_ Casado por el Civil  
 \_\_\_\_ Casado y viviendo con su esposo \_\_\_\_ Casado y NO VIVIENDO con su esposo

**Quien le recomendó NAM?: (marque uno)** \_\_\_\_ Amigo \_\_\_\_ Agencia de servicio social \_\_\_\_ Familiar \_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_ Hospital  
 \_\_\_\_ Vió publicidad de NAM \_\_\_\_ Iglesia o Congregación \_\_\_\_ Agencia policiaca

**Es usted cabeza de familia: (marque uno)** \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

**Dirección:** \_\_\_\_\_ Departamento # \_\_\_\_\_ Ciudad : \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Codigo postal: \_\_\_\_\_

**Teléfono Celular:** ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Teléfono de casa:** ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Nombre de la persona a contactar en caso de emergencia:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Etnia:** \_\_\_\_ Hispano/Latino \_\_\_\_ No-Hispano/Latino

**Raza:** \_\_\_\_ Blanco \_\_\_\_ Afroamericano \_\_\_\_ Indio Americano/ Nativo de Alaska \_\_\_\_ Nativo Hawaiiiano/Pacific Islander \_\_\_\_ Asiatico y blanco  
 \_\_\_\_ Biracial o Multirracial

**Está usted discapacitado? (marque uno)** \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No **Es usted Veterano de U.S.? (marque uno)** \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

**Tipo de vivienda:** \_\_\_\_ Rentando \_\_\_\_ Comprando \_\_\_\_ Viviendo con familiares/amigos \_\_\_\_ Refugio \_\_\_\_ Sin hogar

**Tipo de familia: (marque uno)** \_\_\_\_ Una sola persona \_\_\_\_ Con los dos padres \_\_\_\_ Madre soltera \_\_\_\_ Padre soltero \_\_\_\_ Varias familias  
 \_\_\_\_ Solo adultos

**Está trabajando?(marque uno)** \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No **Tipo de trabajo:** \_\_\_\_ Tiempo completo \_\_\_\_ Medio tiempo

## DIVULGACION DE INFORMACION GENERAL

Northwest Assistance Ministries (NAM) tiene mi permiso para ingresar mis datos personales y de mi familia en el banco central de datos de Northwest Assistance Ministries. La información personal y familiar es confidencial. Entiendo que esta información confidencial puede ser compartida con otros departamentos de Northwest Assistance Ministries. La información general de estadísticas recopiladas por NAM pueden ser utilizados con el propósito de obtener fondos para los programas de Northwest Assistance Ministries.

Yo, el/la solicitante de servicios de NAM, por este medio doy permiso para obtener y divulgar información personal y referente a mi caso que consideren necesario con otras agencias y organizaciones para que puedan asistir a las personas en mi hogar para que puedan tener acceso a servicios y fondos de otras fuentes. La información requerida o divulgada puede incluir, pero no está limitada a lo siguiente:

- (1) Servicios proporcionados o solicitados a NAM o a otra agencia por un miembro de la familia.
- (2) Prueba de ingresos y lugar de residencia de todos los que viven en la casa.
- (3) Situación de trabajo, de educación y médica.

Toda la información obtenida es confidencial con excepción de lo siguiente: 1) Revelación o sospecha de abuso o negligencia a niños menores de edad, a personas mayores o incapacitadas, 2) Información requerida por medio de una citación 3) Amenazas o sospecha de intento de hacerle daño a otros o a sí mismo y 4) Información compartida como resultado de una declaración firmada por el cliente sobre la divulgación de formación. Como parte de asegurar que usted reciba el mejor servicio posible, su caso puede ser atendido con el personal de NAM con fines de consulta y procesamiento.

### DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PARTICIPANTES EN ASISTENCIA DE COMIDA

"Los estándares de participación en el programa de comida de NAM son los mismos para todos sin importar la raza, color, nacionalidad, edad, sexo o incapacidad. Usted puede apelar cualquier decisión hecha por NAM con respecto a la negación o terminación del programa de comida. Si su solicitud es aprobada, NAM pondrá a su disposición programas educativos motivándolo a participar en ellos"

### COMPORTAMIENTO

Entiendo que puedo ser inelegible para recibir servicios si utilizo violencia física o verbal, amenazas, o coerción con cualquiera de los empleados, voluntarios, clientes, mis propios hijos o clientes en general

### CERTIFICACION DE INFORMACION Y PROCESAMIENTO

Certifico que soy miembro de la casa arriba mencionada y que como parte de esta casa he solicitado servicios en NAM y productos de USDA. Certifico que la información contenida es correcta y verdadera a mi mejor saber y conocimiento. Entiendo que esta información puede ser verificada y puedo estar sujeta/o a la negación de servicios y/o puedo estar sujeta/o a una acusación por proveer información falsa y fraudulenta.

**Nombre del Solicitante:**

**Firma del solicitante:**

**Fecha:**

**Nombre del co-solicitante:**

**Firma del co-solicitante:**

**Fecha:**

**Firma del empleado de NAM:**

**Fecha:**

**Personas que viven en su casa - Mencione a todos los que viven en su casa. No se incluya usted mismo.**

**1. Nombre(s):**

**Apellido(s):**

**Genero:**  Masculino  Femenino **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Parentesco:**

**Raza:**  Blanco  Afroamericano  Indio Americano/ Nativo de Alaska  Nativo Hawaiano/Pacific Islander  
 Asiatico y blanco  Biracial o Multirracial

**Etnicia:**  Hispano  No Hispano **Discapitado:**  Si  No **Veterano:**  Si  No

**Esta tabajando?:**  Si  No  Tiempo completo  Medio tiempo  Menor de 18 años

**2. Nombre(s):**

**Apellido(s):**

**Genero:**  Masculino  Femenino **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Parentesco:**

**Raza:**  Blanco  Afroamericano  Indio Americano/ Nativo de Alaska  Nativo Hawaiano/Pacific Islander  
 Asiatico y blanco  Biracial o Multirracial

**Etnicia:**  Hispano  No Hispano **Discapitado:**  Si  No **Veterano:**  Si  No

**Esta tabajando?:**  Si  No  Tiempo completo  Medio tiempo  Menor de 18 años

**3. Nombre(s):**

**Apellido(s):**

**Genero:**  Masculino  Femenino **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Parentesco:**

**Raza:**  Blanco  Afroamericano  Indio Americano/ Nativo de Alaska  Nativo Hawaiano/Pacific Islander  
 Asiatico y blanco  Biracial o Multirracial

**Etnicia:**  Hispano  No Hispano **Discapitado:**  Si  No **Veterano:**  Si  No

**Esta tabajando?:**  Si  No  Tiempo completo  Medio tiempo  Menor de 18 años

**4. Nombre(s):**

**Apellido(s):**

**Genero:**  Masculino  Femenino **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Parentesco:**

**Raza:**  Blanco  Afroamericano  Indio Americano/ Nativo de Alaska  Nativo Hawaiano/Pacific Islander  
 Asiatico y blanco  Biracial o Multirracial

**Etnicia:**  Hispano  No Hispano **Discapitado:**  Si  No **Veterano:**  Si  No

**Esta tabajando?:**  Si  No  Tiempo completo  Medio tiempo  Menor de 18 años

| Ingreso mensual de la familia                     |                                  |  |
|---|----------------------------------|--|
| Ingreso de los últimos 30 días.                   |                                  |  |
| Sueldo bruto (antes de deducciones) :\$           | Ayuda con luz/agua: \$           | Contribuciones de familiares/amigos \$ |
| SSI: \$   | Discapacidad a corto plazo:\$    | Contribuciones de la iglesia: \$       |
| Beneficios de retiro del Seguro Social: \$        | Discapacidad a largo plazo:\$    | Pension : \$                           |
| Seguro Social de sobreviviente: \$                | Beneficios de desempleo: \$      | Becas: \$                              |
| Seguro Social por discapacidad: \$                | Compensacion al trabajador: \$   | Pagos de seguros: \$                   |
| SNAP:\$                      Fecha que lo recibe: | Asignación militar : \$          | Anualidades \$                         |
| TANF: \$  | Sueldo militar: \$               | Herencias: \$                          |
| CHIPS:                      ___ Si   ___ No       | Beneficio de veteranos: \$       | Retiro del ferrocarril: \$             |
| Medicaid:                      ___ Si   ___ No    | Pension alimenticia (niños): \$  | Devolución de impuestos \$             |
| WIC:                              ___ Si   ___ No | Pension alimenticia (adulto): \$ | Otros ingresos: \$                     |
| Subsidio para renta: \$                           | Ingreso de negocio propio \$     |  |
|   |                                  | <b>Total del Ingreso bruto : \$</b>    |