TEFAP Información de Calificación **Nombre:** _____ **Tamaño del hogar:** _____

Dirección	**Ciudad**	**Código postal**

Teléfono (número de teléfono)	**Niños menores de 18 años**	**Adultos que tienen 18-59 años**	**Adultos mayores de 60 años**

Indique en qué programas participa

- ☐ SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario)
- ☐ SNAP (cupones de alimentos)
- ☐ PH (Sección 8- Vivienda Pública)
- ☐ FF (Las Familias Primero)
- ☐ LIHEAP

O Indique los ingresos mensuales de su familia

_____

Por favor, indique la información de todos los miembros de su hogar, incluido usted mismo. Si hay más de 6 personas en el hogar, utilice una segunda hoja por favor. (Nota: esta información no es requirido (necesaria) para recibir productos USDA.)

Nombre y apellido (Incluido usted mismo)	**Fecha de nacimiento**	**Género**	**Raza**