



**NORTHWEST
ASSISTANCE
MINISTRIES**
Neighbors Helping Neighbors

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 \$	
		Total del Ingreso bruto : \$