



**Datos de Participación Asistencia Alimentaria
2020-2021 San Joaquin County**

La información solicitada es solo para el monitoreo y auditoría de propósitos como es requerido por HUD y no es para difusión pública. Gracias por su cooperación.

Apellido	Nombre	Número de Teléfono	Fecha de Nacimiento
Domicilio	Ciudad	Codigo Postal	

Male
 Female

1. ¿Cuántos miembros de la familia se encuentran en los siguientes rangos de edad?

Masculino(s) ___ 0-5 ___ 6-12 ___ 13-21 ___ 22-54 ___ 55-75 ___ 76+
Femenina(s) ___ 0-5 ___ 6-12 ___ 13-21 ___ 22-54 ___ 55-75 ___ 76+

2. Etnicidad (cuantos en el hogar): ___ Hispanos ___ No-Hispanos

3. Raza (cuantos en el hogar):

___ Blanco	___ Indio Americano/Nativo de Alaska
___ Asiático	___ Indio Americano/Nativo de Alaska y Negro
___ Negro/Africano Americano y Blanco	___ Negro/Africano Americano
___ Nativo Hawaiano/ Isleño Pacifico	___ Asiático y Blanco
___ Otro Multi-Racial(especifique) _____	___ Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanco

4. Cuántos en el hogar son:

___ Deshabilitado ___ 62 años o más ___ Veterano
 ___ Jefa de Hogar ___ Sin Hogar

5. ¿Cuántos miembros de la familia se encuentran en los siguientes rangos de edad?

Tamaño de hogar	Ext. Bajo	Muy Bajo	Bajo	Mediano
___ 1	\$15,750 o menos	\$15,751 – \$26,250	\$26,251– \$42,000	\$42,001 o mas
___ 2	\$18,000 o menos	\$18,001 – \$30,000	\$30,001– \$48,000	\$48,001 o mas
___ 3	\$21,720 o menos	\$21,721 – \$33,750	\$33,751– \$54,000	\$54,001 o mas
___ 4	\$26,200 o menos	\$26,201 – \$37,500	\$37,501– \$60,000	\$60,001 o mas
___ 5	\$30,680 o menos	\$30,681 – \$40,500	\$40,501– \$64,800	\$64,801 o mas
___ 6	\$35,160 o menos	\$35,161 – \$43,500	\$43,501– \$69,600	\$69,601 o mas
___ 7	\$39,640 o menos	\$39,641 – \$46,500	\$46,501– \$74,400	\$74,401 o mas
___ 8+	\$44,120 o menos	\$44,121 – \$49,500	\$49,501– \$79,200	\$79,201 o mas

Yo certifico que la información indicada en este documento es verdadera y correcta de acuerdo a mi conocimiento. Yo reconozco y entiendo que la información proporcionada en este documento servirá para los propósitos de determinar me elegibilidad para este programa. Yo reconozco que cualquier mal información fraudulenta o por negligencia hecha en esta declaración o cualquier otra puede constituir una violación federal y puede resultar en que se me niegue a participar en este programa.

Firma _____ Fecha _____

Office & Referral Use Only	Income Verification: <input type="checkbox"/> By Sight <input type="checkbox"/> Copies
	Verified With: <input type="checkbox"/> W-2 <input type="checkbox"/> Pay Stub <input type="checkbox"/> Award Letter <input type="checkbox"/> Other _____
	Income Verified By: _____ as being "true and correct" Name
	No Income Verification Completed <input type="checkbox"/> Explain _____
	Observer Identification Used to Provide Race and Ethnicity <input type="checkbox"/> Observed By _____