

ACCESS TO HEALTHY FOOD PROGRAM: 2025 ENROLLMENT FORM

Residente Del Condado de Boone: ☐ Sí ☐ No (Non-Boone County residentes no son elegibles para fondos de contrapartida.)

Rodea qué respuesta se aplica mejor a ti: 1) Hijos en el hogar 19 y bajo, 2) Discapacitado, o 3) Mayores de 60 años

Nombre del miembro principal del hogar: _____

Dirrección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Dirrección Electrónica: _____ Número de Celular: _____ Podemos textear? ☐

¿Cuántas personas residen en su hogar? _____

Información del Hogar: Por favor provee el edad de cada miembro del hogar entonces empareja de cada persona, el género, raza/etnia, y estado de empleo en el espacio proporcionado. **Empieza con tu nombre en 1.**

EDAD	GÉNERO 1. Hombre 2. Mujer 3. Otro 4. Ninguno de los anteriores	ESTADO DE EMPLEADO 1. Tiempo Completo 2. Tiempo Parcial 3. Discapacitado 4. Jubilado 5. Desempleado 6. Estudiante de Universidad 7. Niño (Edad 0-19) - Desempleado 8. Ninguno de los anteriores	RAZO 1. Blanco/Caucásico 2. Negro/Afroamericano 3. Múltiples Razas 4. Asiático 5. Indio Nativo Americano o Nativo de Alaska 6. Otro	ETNIA 1. Latino / hispano (cualquier raza) 2. No latino/hispano
PRIMARY HOUSEHOLD MEMBER (YOURSELF)				
1.				
OTHER HOUSEHOLD MEMBERS				
2.				
3.				
4.				
5.				

¿Alquilas, posees, o vives con un amigo de familia? (Rodea con un círculo)

Poseer Aquilar Vivir con Famiia/Amigos Otro

¿Cómo calificaría su nivel de estrés en relación con el hambre? (Rodea con un círculo, en una escala de 0-3)

No Estrés 0 1 2 3 Estrés Alto

¿Cuántas veces el mes pasado uno o más miembros del hogar se quedaron sin comida?

0 1 2 3 4 5 Más que 5

¿Qué despensa de alimentos utilizas?

No uso una despensa de alimentos Food Bank Market (Business Loop) Voluntary Action Center Tiger Pantry Otro _____

¿En qué años has participado en AHF?

2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 Nunca he participado en AHF

¿Cómo te encontraste sobre este programa?

TV Sitio Web Boca a Boca Centro de WIC CFM Iglesia Periódico Volante DSS (Oficiana de SNAP) RIS Facebook

Departamento de Salud del Condado de Columbia/Boone Otro: _____

¿Cuánto dinero pasas en comida cada mes (en promedio)?

\$0		\$1-\$49		\$50-\$99		\$100-\$199		\$200-\$299		\$300-\$399		\$400-\$499	
\$500-\$599		\$600-\$699		\$700-\$799		\$800-\$899		\$900-\$999		\$1000+			

For issuing management only:

Date: 1-____ or 2-____ | ☐ SNAP or ☐ WIC | ☐ SFMNP ☐ WIC-FMNP
Verified Boone Co Residency: ☐

Staff:

Enrollment
Approved: