

REGISTRO DE PARTICIPANTE

INFORMATION		
NOMBRE:	APELLIDO:	
TELÉFONO:	CORREO ELECTRÓNICO:	
DIRECCIÓN:		
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
NÚMERO TOTAL DE PERSONAS EN SU HOGAR:		
MIEMBROS DE SU HOGAR POR EDAD:		
Adultos (18-64):	Niños (< 18):	Mayores (65+):

¿TEFAP? Sí No (Debe firmar el formulario de autodeclaración)

¿Recibe beneficios de SNAP? Sí No En caso no, ¿desea información sobre SNAP? _____

¿Qué otros apoyos/recursos serían útiles para usted?

REGISTRO DE PARTICIPANTE

INFORMATION		
NOMBRE:	APELLIDO:	
TELÉFONO:	CORREO ELECTRÓNICO:	
DIRECCIÓN:		
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
NÚMERO TOTAL DE PERSONAS EN SU HOGAR:		
MIEMBROS DE SU HOGAR POR EDAD:		
Adultos (18-64):	Niños (< 18):	Mayores (65+):

¿TEFAP? Sí No (Debe firmar el formulario de autodeclaración)

¿Recibe beneficios de SNAP? Sí No En caso no, ¿desea información sobre SNAP? _____

¿Qué otros apoyos/recursos serían útiles para usted?
