

# ONLINE INTAKE FORM

Number \_\_\_\_\_

- 1. PRINT VERY NEATLY** so we are able to enter your information correctly, this will speed up the process.
  - Cel phone #: \_\_\_\_\_ (So we can reach you with any questions. This will speed up the process.)
  - Are you a RETURNING neighbor or are you a NEW neighbor? \_\_\_\_\_
  - LAST NAME or SURNAME as it appears on your ID \_\_\_\_\_
  - FIRST NAME as it appears on your ID \_\_\_\_\_
  - Street Address \_\_\_\_\_
  - City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip code \_\_\_\_\_
  - Ethnicity \_\_\_\_\_ Birthdate (Month/day/year) \_\_\_\_\_
- Other family members
1. First Name \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_ Ethnicity \_\_\_\_\_
  2. First Name \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_ Ethnicity \_\_\_\_\_
  3. First Name \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_ Ethnicity \_\_\_\_\_
  4. First Name \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_ Ethnicity \_\_\_\_\_
  5. First Name \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_ Ethnicity \_\_\_\_\_
  6. First Name \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_ Ethnicity \_\_\_\_\_
- Do you have any food allergies? \_\_\_\_\_ Do you need diapers? \_\_\_\_\_ Size? \_\_\_\_\_
- Have you received the TEFAP & Eligibility Form? \_\_\_\_\_ Do you agree with the TEFAP & Eligibility Form? \_\_\_\_\_

## Formulario de Registro en Línea PARA EN EL ESTACIONAMIENTO

NÚMERO \_\_\_\_\_

- 1. ESCRIBA CLARAMENTE** necesitamos ingresar su información correctamente, esto acelerará el proceso.
  - Cel phone #: \_\_\_\_\_ (Si tenemos alguna pregunta, el tener su número de teléfono acelerará el proceso.)
  - ¿Es usted un vecino que REGRESA o es un NUEVO vecino? \_\_\_\_\_
  - APELLIDO tal como aparece en su identificación \_\_\_\_\_
  - PRIMER NOMBRE como aparece en su identificación \_\_\_\_\_
  - Dirección \_\_\_\_\_
  - Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_
  - Fecha de Nacimiento (Mes/día/año) \_\_\_\_\_ Total de personas que viven en su casa \_\_\_\_\_
- Otros miembros de la familia
1. Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (Mes/día/año) \_\_\_\_\_
  2. Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (Mes/día/año) \_\_\_\_\_
  3. Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (Mes/día/año) \_\_\_\_\_
  4. Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (Mes/día/año) \_\_\_\_\_
  5. Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (Mes/día/año) \_\_\_\_\_
  6. Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (Mes/día/año) \_\_\_\_\_
- ¿Tiene alguna alergia alimentaria? \_\_\_\_\_ ¿Necesitas pañales? \_\_\_\_\_ ¿Qué tamaño? \_\_\_\_\_
- ¿Ha recibido el formulario de elegibilidad y TEFAP? \_\_\_\_\_ ¿Está de acuerdo con el TEFAP y el formulario de elegibilidad? \_\_\_\_\_