Formulario de Registro

Scan For Online Registration

Comprador Principal:

Nombre y Apellido: _____ **Edad:** _____

Género: _____ **Correo Electrónico:** _____

teléfono: _____ **Idioma Primario:** _____ **Código postal**: ____

¿Tiene alguna restricción en su dieta?

- ☐ Vegetariano(a)
- ☐ Vegano(a)
- ☐ Sin gluten
- ☐ Sin lácteos (intolerante a la lactosa)
- ☐ Pez / Mariscos
- ☐ Halal (Carne faenada de acuerdo con la ley Islámica)
- ☐ Kosher (Comida comestible según la ley judía
- ☐ Bajo en azúcar (apto para la diabetes)
- ☐ Miseria / nueces de arbol
- ☐ Bejo en sodio/bajo en grasas saturadas (Saludable para el corazón
- ☐ No sé / Prefiero no responder

¿Alguien en su hogar esta actualmente recibiendo algún otro beneficio del gobierno?

- ☐ CalFresh o cupone/estampias para alimentos
- ☐ Seguro Social
- ☐ SSDI / Discapacidad
- ☐ Desempleo
- ☐ Medicare / Seguro medico del estado
- ☐ LIHEAP (Programa de asistencia energética para hogares de bajos ingresos
- ☐ WIC
- ☐ Ninguno
- ☐ Otro beneficio
- ☐ No sé / Prefiero no responder

¿Alguien en su hogar, incluyendo usted, ha sido diagnosticado con las siguientes condiciones de salud? (circule todo lo que corresponda):

Cardiopatía (Enfermedad Cardíaca) / ataque cerebral, Presión arterial alta / hipertensión, Diabetes / Pre-diabéticx(o/a), Ninguno, No sé / Prefiero no responder

Información del hogar: complete la información de TODOS LOS DEMAS en su hogar:

1. Nombre y Apellido: _____ Edad: _____
2. Nombre y Apellido: _____ Edad: _____
3. Nombre y Apellido: _____ Edad: _____
4. Nombre y Apellido: _____ Edad: _____
5. Nombre y Apellido: _____ Edad: _____
6. Nombre y Apellido: _____ Edad: _____
7. Nombre y Apellido: _____ Edad: _____
8. Nombre y Apellido: _____ Edad: _____

No es necesario proporcionar su información para recibir servicios. Toda su información es es privada, y segura y nuca será compartida con terceras empresas.