**Gallatin Valley Food Bank Hoja de Entrada del Cliente**

**Favor de llenar esta hoja lo mejor que pueda para que podemos ayudarle mejor. Esta información se utiliza por el Gallatin Valley Food Bank y HRDC para contactarle, y estimar las necesidades de nuestra comunidad. Esta información no está dada a cualquier otra organización. Sus repuestas no afectan su elegibilidad para recibir servicios del Food Bank. Agradecemos su tiempo para llenar esta hoja.**

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Teléfono: (\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recibe ud alimentos especial para personas de mayor edad? 🞏 Sí 🞏 No

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Miembros permenantes del domicilio**(Favor escribe a ti mismo primero)Nombre Apellido | Número de Identificaciónúltimos 4 números de Social Security o número de licencia | Relación con ustedPor ejemplo: esposo/a, hijo/a, hermano/a, etc | GéneroM/F/Otra | Fecha de nacimientoMes/Día/Año | VeteranoSí/No |
| 1. |  | **Si mismo** |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |