

PERFIL DE MIEMBRO FAMILIAR
(COMPLETE LA COLUMNA PARA CADA MIEMBRO DEL HOGAR)

NOMBRE			
FECHA DE NACIMIENTO:			
NÚMERO DE TELÉFONO:			
RELACIÓN:			
GÉNERO:	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> OTRO	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> OTRO	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> OTRO
RAZA:	<input type="checkbox"/> AFROAMERICANO (AA) <input type="checkbox"/> AA E INDIO AMERICANO/ ALASKA <input type="checkbox"/> AFROAMERICANO Y BLANCO <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO / NATIVO ALASKA <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> ASIÁTICO Y BLANCO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> NATIVO HAWAIANO/ ISLEÑO PACÍFIC. <input type="checkbox"/> INDIO AMER. Y BLANCO / ALASKA <input type="checkbox"/> MULTIRRACIAL <input type="checkbox"/> OTRO	<input type="checkbox"/> AFROAMERICANO (AA) <input type="checkbox"/> AA E INDIO AMERICANO/ALASKA <input type="checkbox"/> AFROAMERICANO Y BLANCO <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO/NATIVO ALASKA <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> ASIÁTICO Y BLANCO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> NATIVO HAWAIANO/ISLEÑO PACÍFIC. <input type="checkbox"/> INDIO AMER. Y BLANCO / ALASKA <input type="checkbox"/> MULTIRRACIAL <input type="checkbox"/> OTRO	<input type="checkbox"/> AFROAMERICANO (AA) <input type="checkbox"/> AA E INDIO AMERICANO / ALASKA <input type="checkbox"/> AFROAMERICANO Y BLANCO <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO/NATIVO ALASKA <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> ASIÁTICO Y BLANCO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> NATIVO HAWAIANO/ISLEÑO PACÍFIC. <input type="checkbox"/> INDIO AMERIC. Y BLANCO / ALASKA <input type="checkbox"/> MULTIRRACIAL <input type="checkbox"/> OTRO
ETNIA:	<input type="checkbox"/> HISPÁNICO <input type="checkbox"/> NO HISPANO	<input type="checkbox"/> HISPÁNICO <input type="checkbox"/> NO HISPANO	<input type="checkbox"/> HISPÁNICO <input type="checkbox"/> NO HISPANO
EMPLEO:	<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/> TRABAJADOR AGRÍCOLA ESTACIONAL MIGRANTE <input type="checkbox"/> JUBILADO <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO (CORTO ≤ 6 MESES) <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO (LARGO > 6 MESES) <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO (FUERZA LABORAL)	<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/> TRABAJADOR AGRÍCOLA ESTACIONAL MIGRANTE <input type="checkbox"/> JUBILADO <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO (CORTO ≤ 6 MESES) <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO (LARGO > 6 MESES) <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO (FUERZA LABORAL)	<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/> TRABAJADOR AGRÍCOLA ESTACIONAL MIGRANT. <input type="checkbox"/> JUBILADO <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO (CORTO ≤ 6 MESES) <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO (LARGO > 6 MESES) <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO (FUERZA LABORAL)
EDUCACIÓN: (MÁS ALTO COMPLETADO)	<input type="checkbox"/> NO APLICA <input type="checkbox"/> PRE-ESCOLAR <input type="checkbox"/> INICIO TEMPRANO <input type="checkbox"/> INICIO <input type="checkbox"/> 0 – 8 GRADO <input type="checkbox"/> 9 – 12 NO GRADUADO <input type="checkbox"/> GRADUADO DE PREPARATORIA / GED <input type="checkbox"/> 12 + ALGO DE POS SECUNDARIA <input type="checkbox"/> 2 – 4 AÑOS GRADUADO UNIVERS. <input type="checkbox"/> GRADUADO AVANZADO/POSTERIOR <input type="checkbox"/> ESCUELA TÉCNICA/VOCACIONAL	<input type="checkbox"/> NO APLICA <input type="checkbox"/> PRE-ESCOLAR <input type="checkbox"/> INICIO TEMPRANO <input type="checkbox"/> INICIO <input type="checkbox"/> 0 – 8 GRADO <input type="checkbox"/> 9 – 12 NO GRADUADO <input type="checkbox"/> GRADUADO DE PREPARATORIA / GED <input type="checkbox"/> 12 + ALGO DE POS SECUNDARIA <input type="checkbox"/> 2 – 4 AÑOS GRADUADO UNIVERS. <input type="checkbox"/> GRADUADO AVANZADO/POSTERIOR <input type="checkbox"/> ESCUELA TÉCNICA/VOCACIONAL	<input type="checkbox"/> NO APLICA <input type="checkbox"/> PRE-ESCOLAR <input type="checkbox"/> INICIO TEMPRANO <input type="checkbox"/> INICIO <input type="checkbox"/> 0 – 8 GRADO <input type="checkbox"/> 9 – 12 NO GRADUADO <input type="checkbox"/> HIGH SCHOOL GRADUADO / GED <input type="checkbox"/> 12 + ALGO DE POS SECUNDARIA <input type="checkbox"/> 2 – 4 AÑOS GRADUADO UNIVERS. <input type="checkbox"/> GRADUADO AVANZADO/POSTERIOR <input type="checkbox"/> ESCUELA TÉCNICA/VOCACIONAL
SITUACIÓN MILITAR:	<input type="checkbox"/> MILITAR ACTIVO <input type="checkbox"/> VETERANO <input type="checkbox"/> NUNCA SIRVIÓ	<input type="checkbox"/> MILITAR ACTIVO <input type="checkbox"/> VETERANO <input type="checkbox"/> NUNCA SIRVIÓ	<input type="checkbox"/> MILITAR ACTIVO <input type="checkbox"/> VETERANO <input type="checkbox"/> NUNCA SIRVIÓ
ESTADO CIVIL:	<input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A <input type="checkbox"/> CASADO/A <input type="checkbox"/> SEPARADO/A <input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> VIUDO/A	<input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A <input type="checkbox"/> CASADO/A <input type="checkbox"/> SEPARADO/A <input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> VIUDO/A	<input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A <input type="checkbox"/> CASADO/A <input type="checkbox"/> SEPARADO/A <input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> VIUDO/A
ESTADO DE DISCAPACIDAD:	<input type="checkbox"/> NO DISCAPACITADO/A <input type="checkbox"/> DISCAPACITADO/A	<input type="checkbox"/> NO DISCAPACITADO/A <input type="checkbox"/> DISCAPACITADO/A	<input type="checkbox"/> NO DISCAPACITADO/A <input type="checkbox"/> DISCAPACITADO/A
IDIOMA PREFERIDO:			
DOMINIO DEL INGLÉS:			
SEGURO MÉDICO:	<input type="checkbox"/> COMPRA DIRECTA <input type="checkbox"/> EMPLEO BASADO <input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> MEDICARE <input type="checkbox"/> ATENCIÓN DE SALUD MILITAR <input type="checkbox"/> SALUD ESTATAL (PASSPORT) <input type="checkbox"/> SIN SEGURO	<input type="checkbox"/> COMPRA DIRECTA <input type="checkbox"/> EMPLEO BASADO <input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> MEDICARE <input type="checkbox"/> ATENCIÓN DE SALUD MILITAR <input type="checkbox"/> SALUD ESTATAL (PASSPORT) <input type="checkbox"/> SIN SEGURO	<input type="checkbox"/> COMPRA DIRECTA <input type="checkbox"/> EMPLEO BASADO <input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> MEDICARE <input type="checkbox"/> ATENCIÓN DE SALUD MILITAR <input type="checkbox"/> SALUD ESTATAL (PASSPORT) <input type="checkbox"/> SIN SEGURO
VIVIENDA:	<input type="checkbox"/> PROPIETARIO <input type="checkbox"/> ALQUILER (SUBSIDIADO) <input type="checkbox"/> ALQUILER (NO SUBSIDIADO)	<input type="checkbox"/> PROPIETARIO <input type="checkbox"/> ALQUILER (SUBSIDIADO) <input type="checkbox"/> ALQUILER (NO SUBSIDIADO)	<input type="checkbox"/> PROPIETARIO <input type="checkbox"/> ALQUILER (SUBSIDIADO) <input type="checkbox"/> ALQUILER (NO SUBSIDIADO)

¿RECIBE CUPONES PARA ALIMENTOS? _____ NO _____ SÍ, SI ES ASÍ CUÁNTO? _____