## New LogoSackSummerHunger_LogoHIRES

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARENT INFORMATION | | | | | | | | | | | | |
| Apellido del Padre | | | | Primer Nombre del Padre | | | | | | Segundo Nombre del Padre | | |
| Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy) | | Numero # de Teléfono de Casa | | | | | | Numero # de Cellular | | | | |
| / / | | ( ) | | | | | | ( ) | | | | |
| Direccion Nombre de Apto. | | | | | | | | | | | | |
| Ciudad | | | | | | | Estado | | | | Codigo Postal | |
| TX | | | |  | |
| A recibido servicios De Metrocrest Services? 🞏 Yes 🞏 No | | | | | | | | | | | | |
| Tiene alguna incapacidad? 🞏 Si 🞏 No Idioma Hablado: 🞏 Ingles 🞏 Español 🞏 Otro | | | | | | | | | | | | |
| Cual es su raza /Origen Etnico? 🞏 Indio Americano/ Nativo Alaskan 🞏 Asiatico 🞏 Negro/Afro Americano  🞏Multi Racial 🞏 Hispano/Latino 🞏 Nativo Hawallano/Otra Isla Pacifica  🞏 Blanco 🞏 Otro 🞏Unknown | | | | | | | | | | | | |
| Cual es su estatus matrimonial? 🞏 Soltero/a 🞏 Casado/a 🞏 Divorciado/a 🞏 Separado/a 🞏 Viudo/a | | | | | | | | | | | | |
| Cuántas personas viven en su casa? | | | | | | | | | | | | |
| Cual es su nivel de ingresos familiar? 🞏 Menos de $24,250 🞏 $24,251 - $35,200 🞏 $35,201 - $56,300 🞏 Sobre $56,300 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Informacion De la familia- Haga una lista de todos los niños de 18 años o menos que viven en su hogar. | | | | | | | | | | | | |
| Apellido del Niño | Primer Nombre del Niño | | Fecha de Nacimineto    (mm/dd/yyyy) | | Discapacitado | Sexo | | | Nombre de la Escuela | | | Su hijo es alérgico a algúnos productos de Alimentos? En caso que si, ¿cuáles? |
|  |  | |  | | 🞏 Si 🞏 No | 🞏 M 🞏 F | | |  | | |  |
|  |  | |  | | 🞏 SI 🞏 No | 🞏 M 🞏 F | | |  | | |  |
|  |  | |  | | 🞏 SI 🞏 No | 🞏 M 🞏 F | | |  | | |  |
|  |  | |  | | 🞏 SI 🞏 No | 🞏 M 🞏 F | | |  | | |  |
|  |  | |  | | 🞏 SI 🞏 No | 🞏 M 🞏 F | | |  | | |  |
|  |  | |  | | 🞏 Si 🞏 No | 🞏 M 🞏 F | | |  | | |  |

# SACK SUMMER HUNGER FAMILY APPLICATION

Si mi solicitud es aprobada me gustaría:

🞏 Que me entregen la comida 🞏 Recoger mi comida en una ubicacion designada

Yo certifico que a mi familia le gustaría participar en el Programa de Summer Sack. Si mi hijo es alérgico a algún producto, me doy cuenta de que es mi responsabilidad para evitar que él/ella consuma estos productos. Al aceptar esta ayuda a través de Metrocrest Services, Yo le doy el consentimiento para que la presente declaración se correlacionó con todas las Agencias participantes a fin de asegurar el uso más eficaz de los fondos disponibles y la entrega de los alimentos.

Metrocrest Services funciona de acuerdo con el Departamento de Agricultura de EEUU y la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas política, que prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, opinión política u origen nacion.

Nombre (Por favor, imprimir) Firma

**\*\*\*POR FAVOR DE REGRESAR LA SOLICITUD AL CONSEJERDO DE SU HIJO(A) ANTES DE 1 DE MAYO\*\*\***