

THE FAMILY PANTRY – DAMIEN’S PLACE
FORMULARIO DE AUTOCERTIFICACIÓN

Género:..... Femenino Masculino No Binario

¿Es usted cabeza de familia? No . Sí

¿Eres madre soltera? No . Sí

¿Tiene hijos menores dependientes que viven con usted? No . Sí

¿Tiene una discapacidad? No . Sí

Excluyéndote a ti mismo, ¿hay alguien más en la casa que sea discapacitado o discapacitado? .. No . Sí

En caso afirmativo, ¿cuántos? _____

Número de miembros hispanos/latinos que viven en el hogar: _____

¿Eres tú o tu pareja un veterano..... No . Sí

¿Está recibiendo actualmente FOOD STAMPS? No . Sí

¿Participa en el programa WIC?..... No . Sí

Rodea el número de personas en tu familia Y EL NIVEL DE INGRESOS en la siguiente tabla:

Tamaño del hogar	1	2	3	4	5	6	7	8
Sin ingresos	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Ingresos extremadamente bajos	\$31,150	\$35,600	\$40,050	\$44,500	\$48,100	\$51,650	\$52,200	\$58,750
Ingresos muy bajos	\$51,950	\$59,400	\$66,800	\$74,200	\$80,150	\$86,100	\$92,050	\$97,950
De bajos ingresos	\$82,950	\$94,800	\$106,650	\$118,450	\$127,950	\$137,450	\$146,900	\$156,400
Arriba Ingresos bajos	Más que \$82,950	Más que \$94,800	Más que \$106,650	Más que \$106,650	Más que \$127,950	Más que \$137,450	Más que \$146,900	Más que \$156,400

Nota: La información anterior está sujeta a verificación por parte de funcionarios gubernamentales.

OPCIONAL: ¿Se vio afectado por COVID-19 No Sí

OPCIONAL: Si es así, ¿cómo te afectó? _____

¿Cómo te enteraste Damien’s Pantry? _____

YO (NOSOTROS) CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR CON RESPECTO A MIS (NUESTROS) INGRESOS ES VERDADERA Y PRECISA SEGÚN MI MEJOR CONOCIMIENTO.

Firma _____ Fecha de firma _____

Gracias por tomarse el tiempo para completar esta encuesta. Esta información se mantendrá confidencial y se utilizará solo para registros de cumplimiento.