

Western Wake Crisis Ministry
Formato de Información del cliente

Por favor escriba claramente

Nombre: _____

Número de personas que viven en la casa: _____

Dirección física: _____ APT# _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Dirección de correo (Si no es la misma): _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Otro: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Género: F M Nivel de estudios: _____ Fecha de nacimiento: __/__/____

Nacionalidad/Raza: _____ Estado Civil: _____

¿Es usted discapacitado? SI NO ¿Recibe algún beneficio por discapacidad?: SI NO

Contacto de emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Idioma de preferencia: _____

Prefiero que me contacten vía: Email Texto Llamada Cualquiera de las anteriores

¿Cómo supo de WWCM?: _____

Ingreso mensual de TODOS los que habitan en la casa: _____

¿Esto es antes de los taxes? SI NO

Cantidad estimada de estampillas de alimentos/SNAP/EBT: _____

Información de todas las personas que viven en la casa:

1. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: __/__/____
Relación: _____ Discapacitado: SI NO ¿Recibe algún beneficio? _____

2. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: __/__/____
Relación: _____ Discapacitado: SI NO ¿Recibe algún beneficio? _____

3. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: __/__/____
Relación: _____ Discapacitado: SI NO ¿Recibe algún beneficio? _____

4. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: __/__/____
Relación: _____ Discapacitado: SI NO ¿Recibe algún beneficio? _____

Use el espacio a continuación para registrar a miembros adicionales:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: __/__/____
Relación: _____ Discapacitado: SI NO ¿Recibe algún beneficio? _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: __/__/____
Relación: _____ Discapacitado: SI NO ¿Recibe algún beneficio? _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: __/__/____
Relación: _____ Discapacitado: SI NO ¿Recibe algún beneficio? _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: __/__/____
Relación: _____ Discapacitado: SI NO ¿Recibe algún beneficio? _____

Reglas y lineamientos de Western Wake Crisis Ministry:

1. Necesitará una identificación con fotografía y una copia del contrato de arrendamiento, recibo de servicios o hipoteca de su casa. Usted puede abastecerse de despensa una vez cada 30 días.
2. Por favor espere en la recepción hasta que se le llame a la despensa o al triaje.
3. Puede tomar cualquier artículo del lobby. Por favor tome sólo lo que va a usar y sea respetuoso con otros que lo necesitan.
4. Sólo una persona por casa puede entrar a la despensa.
5. Cuando se le llame, irá a la despensa con un voluntario de WWCM para seleccionar lo que necesite. El voluntario le indicará el número de artículos que podrá escoger de cada categoría. El número de artículos dependerá de su disponibilidad en ese momento.
6. Por favor no use su celular mientras toma lo que necesita.
7. Por favor devuelva el carro de compras al lobby.

He leído y entiendo las reglas y lineamientos de Western Wake Crisis Ministry.

Firma: _____ Fecha: _____