



Shopping Cart



Información de jefe del hogar.

| | | |
|---------------------------|---|---|
| Nombre Requerido | Año de Nacimiento Requerido | Dirección Requerido |
| Primero: | Año | Calle |
| Segundo: | Si usted es menor de 55 años, recibe usted SSDI (Seguro Social por Incapacidad ingreso)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Aplicada, pendientes de aprobación | Ciudad |
| Apellido: | | Apt |
| Telefono Requerido | | Dirección de envío (si es diferente) |
| () - - | | Calle, Ciudad, Codigo Postal |
| | | Codigo |

| | | |
|--|--|--|
| Ingreso Requerido | Beneficio de Gobierno Requerido | Información Opcional |
| Cantidad (Jefe de la familia): _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Annual Ingreso es de: <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> SSDI (Ingreso de incapacidad del Seguro Social) <input type="checkbox"/> Pensión / Jubilación <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Cuenta Individual de Retiro / Fondo de Jubilación <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Medicaid (MassHealth) <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Asistencia Veterana <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario) <input type="checkbox"/> Asistencia de Combustible <input type="checkbox"/> TAFDC <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Otro | La siguiente información es 100% opcional. No va a afectar su elegibilidad para el programa de ninguna manera, pero nos ayuda a analizar nuestro programa para que podamos servirle mejor a nuestra comunidad. Sexo: _____ Raza/Origen étnico: _____ Preferencia de Idioma: _____ Situación de empleo: _____ Mas alto nivel de educación: _____ Estas sin hogar? _____ Es usted Veterano? _____ Eres un refugiado? _____ Estas incapacitado? _____ Estado Civil: _____ |

| | |
|--|--|
| Dirección de correo electrónico | En el sitio que le gustaría recoger su compra? Requerido |
| | |
| | Entrega/Satélite Sitio Opcional - autorización puede ser necesaria. |
| | |

Datos de los miembros del hogar (Por favor, use la parte posterior del formulario si necesita mas espacio. Por favor, incluya toda la información solicitada.)

| Nombre Requerido | Año de Nacimiento Requerido | Ingreso Mensual Requerido | Sexo Opcional | Raza/Origen Étnico Opcional | Nombre Requerido | Año de Nacimiento Requerido | Ingreso Mensual Requerido | Sexo Opcional | Raza/Origen Étnico Opcional |
|-------------------------|------------------------------------|----------------------------------|----------------------|------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|----------------------------------|----------------------|------------------------------------|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Con mi firma a continuación, certifico que toda la información es verdadera y correcta a mi entender y conocimiento.

Firma _____ Fecha _____



Shopping Cart



Head of household information..

| Name Required | | Year of birth Required | Address Required | |
|---------------------------|--|--|---------------------------------|----------|
| First: | | Year | Street | Apt |
| Second: | | If you are under 55 years, do you receive SSDI (Social Security for Disability income)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Applied, pending approval | City | Zip Code |
| Last name: | | | Shipping address (if different) | |
| Phone Required () - - | | | Street, City, Zip Code | |

| Income Required | Government benefit Required | Information Optional |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amount (Head of Household): _____ <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Quarterly <input type="checkbox"/> Annual Income is from: <input type="checkbox"/> Social Security <input type="checkbox"/> SSDI (Social Security Disability Income) <input type="checkbox"/> Pension / Retirement <input type="checkbox"/> Employment <input type="checkbox"/> Individual Retirement Account / Retirement Fund <input type="checkbox"/> Other: _____ | <input type="checkbox"/> Medicaid (Mass Health) <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Veteran Assistance <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> SSI (Supplemental Security Income) <input type="checkbox"/> Fuel Assistance <input type="checkbox"/> TAFDC <input type="checkbox"/> Head start <input type="checkbox"/> Other | The following information is 100% optional. Is not going to affect your eligibility for the program in any way, but it helps us analyze our program so we can better serve our community. Sex: _____ Race/Ethnicity: _____ Language Preference: _____ Employment Status: _____ Highest level of education: _____ Are you homeless? _____ Are you a Veteran? _____ Are you a refugee? _____ Are you disabled? _____ Civil status: _____ |

| | |
|---|---|
| Email address | Where would you like to pick up your purchase? Required |
| Delivery/Satellite Site Optional - authorization may be required. | |

Household member information. (Please use the back of the form if you need more space. Please include all information requested.)

| Name Required | Year of Birth Required | Monthly Income Required | Sex Optional | Race/Origin Ethnic Optional | Name Required | Year of Birth Required | Monthly Income Required | Sex Optional | Race/Origin Ethnic Optional |
|---------------|------------------------|-------------------------|--------------|-----------------------------|---------------|------------------------|-------------------------|--------------|-----------------------------|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

By signing below, I certify that all information is true and correct to the best of my knowledge.

Signature _____ Date _____