

Ladders Of Hope Family Profile

Head Of Household Information

First Name _____ Last Name _____ Gender M F Phone: _____
 _____ DOB ____/____/____ Race _____ Spoken Language _____ Current Address _____
 _____ Apt./Lot _____ City _____
 State _____ Zip Code _____ County _____

Marital Status Single Married Divorced Widowed Living Together How did you hear about us?

***Sign on Back* Others In Household Information You will need to recertify this information yearly**

First Name	Last Name	Date Of Birth	Gender	Race	Relationship
		//	M F		
		//	M F		
		//	M F		
		//	M F		
		//	M F		
		//	M F		

Household Income

Head of house employment/ where? _____ Income per month \$ _____

Other Income	Amount Other Income	Amount
Other Employment Income Per Mo.	§ Unemployment Per Mo.	\$
SSI/ DIS/ SS/ Retirement Per Mo.	§ Child Support Per Mo.	\$
Food Stamps/ WIC Per Mo.	§ Other Agency Support Per Mo.	\$

Other Required Questions If in need of diapers: size _____ How Many U.S. Veterans Are In House? _____ How Many Dogs? _____ How Many Cats? _____ Dietary Restrictions (Please Circle):

No Eggs No Spicy No Meat No Greens No Seafood No Dairy No Gluten No Milk No Beef No Chicken No Pork
Diabetic Low Sugar/ Carb (Non-Diabetic)

REV 9/1/2022 **OFFICE USE ONLY!** Date Filled Out And Entered _____ - _____ - 2024____ Entered By Volunteer

Please Read and Sign below

This table shows a gross income for each household size

Based on 200 Percent Federal Poverty Income Guidelines

Household Size Annual Monthly Weekly

1 \$27,180 \$2,265 \$523

2 \$36,620 \$3,052 \$704

3 \$46,060 \$3,838 \$886

4 \$55,500 \$4,625 \$1,067

5 \$64,940 \$5,412 \$1,249

6 \$74,380 \$6,198 \$1,430

For each additional

family member add \$9,440 \$787 \$182

Please read the statement below carefully and then complete requested

information and sign.

Self-declaration of Need & Liability Release By signing this form, I declare that I am either: 1) In need of emergency food, or 2) A participant in an income-based program such as WIC, CSFP, Cash Assistance (FIP), households with children who receive free/reduced priced meals at their school through the National School Lunch Program or Food Stamps (FAP), or 3) In a household where the income falls at or below the posted federal poverty guidelines. Required fields contain an asterisk (*).

Signature: _____

REV 9/1/2022 **OFFICE USE ONLY!** Date Filled Out And Entered _____ - _____ - 2024____ Entered By Volunteer

Autodeclaración de lanzamiento de necesidad y responsabilidad Al firmar este formulario, declaro que soy: 1) En necesidad de alimentos de emergencia, o 2) Un participante en un programa basado en los ingresos, como WIC, CSFP, Asistencia en efectivo (FIP), hogares con niños que reciben gratis / comidas a precio reducido en su escuela a través del Programa Nacional de Almuerzos Escolares o Estampillas para Alimentos (FAP), o 3) En un hogar donde los ingresos caen por debajo o por debajo de las pautas federales de pobreza publicadas. Las cajas vacías obligatorios contienen un asterisco (*). Para proteger su privacidad, su nombre e información personal no serán divulgados. Para ayudarnos a encontrar fondos, por favor complete todos los cuadros vacíos

La elegibilidad para TEFAP se basa en la necesidad de alimentos de emergencia y en que el hogar cumpla con los siguientes lineamientos de ingresos o participe en SNAP, WIC, FDIR, CSFP o un niño reciba comidas gratuitas o de precio reducido en la escuela.

Tamaño del
hogar Anual Mensual Semanal

1	\$27,180	\$2,265	\$523
2	\$36,620	\$3,052	\$704
3	\$46,060	\$3,838	\$886
4	\$55,500	\$4,625	\$1,067
5	\$64,940	\$5,412	\$1,249
6	\$74,380	\$6,198	\$1,430

Por cada
miembro de la
familia

adicional

añada \$9,440 \$6,198 \$1,430

REV 9/1/2022 **OFFICE USE ONLY!** Date Filled Out And Entered _____ - _____ - 2024 ____ Entered By Volunteer

Ladders Of Hope Perfil familiar

Información del Jefe del Hogar

Nombre _____ Apellido _____

Género M F DOB ____ / ____ / ____ Race _____ Spoken Language _____

Dirección actual _____ Apt./Lot _____ Ciudad _____

_____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____ Estado civil _____

Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Viven juntos Tel _____

Informacion de otros en el hogar

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Género	Raza	Parentesco
		//	M F		
		//	M F		
		//	M F		
		//	M F		
		//	M F		
		//	M F		

Ingresos del hogar

Empleo de Jefe de la casa / ¿dónde?

Ingresos por mes\$ _____

Otros Ingresos	Cantidad Otros Ingresos	Cantidad
Otros Ingresos de Empleo por Mes	§Desempleo por mes	\$
SSI/ DIS/SS/ Jubilación por mes	§ Manutención infantil por mes.	\$
Sellos de Alimentos / WIC por Mes	§Otro apoyo de la agencia por mes.	\$

Otras preguntasrequeridas

¿Cuántos veteranos hay en casa?_____ ¿Cuántos gatos?_____ ¿Cuántos perros?_____

Restricciones dietéticas (Círcular):

Sin picante Sin carne Sin Verduras Sin mariscos No lacteos No Gluten Sin carne de res Sin pollo
Sin cerdo Diabético Bajo nivel de azúcar/carb (no diabético)

REV 9/1/2022 **OFFICE USE ONLY!** Date Filled Out And Entered _____ - _____ - 2024____ Entered By Volunteer
