



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PROGRAMA DE BOLSA DE ALIMENTOS DEL FIN DE SEMANA

TABLE es una organización sin ánimo de lucro que ofrece comida a los niños de 3 a 18 años que podrían usar algunos alimentos los fines de semana y antes de las vacaciones escolares. Los jueves, los niños del programa reciben una bolsa con alimentos no perecederos y alimentos frescos que le gustan a los niños en el lugar donde este formulario es entregado. En algunos casos (como durante el verano o las inclemencias del tiempo), los voluntarios de TABLE pueden hacer las entregas puerta a puerta en su hogar. TABLE ofrece estos alimentos gratis. Respetuosamente, nos gustaría invitar a los padres/ tutores a inscribir a su(s) hijo(s) en este programa. Toda la información es confidencial y sólo será usada para servir mejor a su hijo(a). Nosotros no compartimos su información con el gobierno. Si tiene preguntas, por favor contacte a su trabajadora social, directora de programa después de escuela o contáctenos en TABLE usando la información que aparece en la parte superior de este formulario. Si desea que su hijo(a) participe, por favor complete este formulario y devuélvalo a: \_\_\_\_\_ . Responda sólo en inglés, español o árabe por favor.

<b>INFORMACIÓN DE LOS NIÑOS.</b> <i>(No hay límite en el número de niños que pueden recibir la comida)</i>							
Primer nombre		Segundo nombre		Apellido		Género: <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	
Dirección			Nº apartamento		Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa)		
Ciudad		Código postal		Programa de después de la escuela		País de origen:	
Escuela		Nivel de grado		Nombre del maestro:		Raza/Etnicidad: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Medio este <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano/Isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Alergias o restricciones alimenticias (acomodamos cuando sea posible)							
¿Su hijo(a) ha recibido alimentos de TABLE en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Si sí, ¿hace cuánto? <input type="checkbox"/> Menos de 1 año <input type="checkbox"/> 1-4 años <input type="checkbox"/> 5-7 años <input type="checkbox"/> 7-10 años							
N i ñ o N o 2	Primer nombre		Segundo nombre		Apellido		Género: <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña
	Escuela		Maestro		Nivel de grado		País de origen:
	Programa de después de la escuela		Fecha de Nacimiento (mm/dd/yy)				Raza/Etnicidad: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Medio este <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano/Isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro: _____
	Alergias o restricciones alimenticias (acomodamos cuando sea posible)						
	¿Su hijo(a) ha recibido alimentos de TABLE en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Si sí, ¿hace cuánto? <input type="checkbox"/> Menos de 1 año <input type="checkbox"/> 1-4 años <input type="checkbox"/> 5-7 años <input type="checkbox"/> 7-10 años							
N i ñ o N o 3	Primer nombre		Segundo nombre		Apellido		Género: <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña
	Escuela		Maestro		Nivel de grado		País de origen:
	Programa de después de la escuela		Fecha de Nacimiento (mm/dd/yy)				Raza/Etnicidad: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Medio este <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano/Isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro: _____
	Alergias o restricciones alimenticias (acomodamos cuando sea posible)						
	¿Su hijo(a) ha recibido alimentos de TABLE en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Si sí, ¿hace cuánto? <input type="checkbox"/> Menos de 1 año <input type="checkbox"/> 1-4 años <input type="checkbox"/> 5-7 años <input type="checkbox"/> 7-10 años							
<b>INFORMACIÓN DEL PADRE/ MADRE/ HOGAR</b> <i>(Las respuestas son sólo para propósitos informativos y no impedirán que su hijo/a reciba comida)</i>							
Nombre del padre/madre/tutor				Ingresos del hogar mensuales (\$)			
Correo electrónico		Nº de niños en el hogar en:		Gastos en el supermercado mensuales (\$)			
Nº telefónico		___ 0-2 años		¿Recibe otros tipos de ayuda alimentaria? Marque todos los que corresponda: <input type="checkbox"/> SNAP/EBT/ Estampillas de alimentos <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> PORCH <input type="checkbox"/> IFC <input type="checkbox"/> Comidas escolares gratis o a precio reducido			
Nº de personas en el hogar		___ 3-4 años					
Nº de adultos en el hogar con trabajo		___ Escuela de primaria					
Nº de niños en el hogar		___ Escuela de secundaria media					
Idioma hablado en el hogar		___ Escuela de secundaria superior					
Nivel de educación más alto de los padres							
Certifico que tengo por lo menos 18 años y autorizo para que TABLE utilice las fotografías, videos o grabaciones de audio tomadas por TABLE de mí o de mi hijo/a (o niño/a bajo mi tutela) para efectos de ilustración/ publicación en comunicaciones impresas, transmisiones o en la Web. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que mi hijo/a (o niño/a bajo mi tutela) reciba alimentos de TABLE, Inc. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Firma del padre/madre/tutor				Fecha de hoy			