

**CONOCIÉNDONOS MEJOR- PARA PERSONAS MAYORES DE EDAD**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Si desea que nos pongamos en contacto con usted para recibir información sobre cómo alimentarse mejor, anote su:

Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Femenino \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_

Marque el grupo étnico con el cual se identifica:

\_\_\_ Hispano(a)/ Latino(a)

\_\_\_ No-Hispano(a)/No Latino(a)

Marque la raza con la cual se identifica:  
(puede marcar más de una opción)

\_\_\_ Indio Americano/Nativo de Alaska

\_\_\_ Asiático

\_\_\_ Negro o Afro Americano

\_\_\_ Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico

\_\_\_ Blanco

¿Cuál fué el último grado que Ud. terminó en la escuela?: \_\_\_\_\_

Terminó:

GED \_\_\_\_\_

Algo de Universidad \_\_\_\_\_

2 Años de Universidad \_\_\_\_\_

4 Años de Universidad \_\_\_\_\_

Postgrado \_\_\_\_\_

Marque todo lo que recibe:

\_\_\_ SNAP (cupones de alimentos) \_\_\_ WIC \_\_\_ SSI

\_\_\_ TANF/Welfare \_\_\_ Seguro Social \_\_\_ Banco de Alimentos

\_\_\_ Centro de comedor para personas mayores de edad \_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

¿Cuál es su ingreso mensual? (incluyendo los beneficios que recibe como TANF, manutención infantil o de desempleo): \_\_\_\_\_

Anote las edades de los niños (menores de 19 años) para quienes compra y prepara alimentos y/o con quienes usted come:

\_\_\_\_\_

Número de adultos que viven en su casa (no se incluya a usted mismo): \_\_\_\_\_

Instructor de Nutrición /Agencia/ #: \_\_\_\_\_

**Gracias Por Llenar Este Formulario**