# The Open Door
# FOOD PANTRY
## OF PERQUIMANS COUNTY

PO Box 721. 293 Creek Drive, Hertford, NC 27944
(252) 421-3700

LOCATION:
293 Creek Drive
Hertford, NC 27944

Monday and Wednesday
10 am – 12 Noon

Thursday
4 pm – 6 pm

THE OPEN DOOR OF PERQUIMANS COUNTY, INC.
NUEVA SOLICITUD DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Fecha de Solicitud _____
Número de caso _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

DIRECCIÓN: _____

Número de teléfono: _____Residente del condado de Perquimans: Sí ____ No ____

¿Eres? (Por favor circule): Soltero Casado Divorciado

¿Eres? (Por favor circule): Empleado Desempleado Discapacitado Jubilado

¿Eres? (Por favor circule): Afroamericano Asiático Caucásico Hispano Del Medio Oriente Nativo americano Isleño del Pacífico Otro _____

Por favor enumere todos los miembros del hogar:

Nombre _____Fecha de nacimiento _____ Relación _____

Nombre _____Fecha de nacimiento _____ Relación _____

Nombre _____Fecha de nacimiento _____ Relación _____

Nombre _____Fecha de nacimiento _____ Relación _____

Nombre _____Fecha de nacimiento _____ Relación _____

Si hay más de 6 miembros de HH, indíquelos en la parte posterior de la página 1.

Está recibiendo cupones para alimentos?

Sí ____ En caso afirmativo, proporcione la tarjeta EBT. Puede detener el proceso de solicitud aquí.

No ____ Debe completar la siguiente información en la página 2:

THE OPEN DOOR OF PERQUIMANS COUNTY, INC.
NUEVA SOLICITUD DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE

CLIENTES QUE NO USAN CUPONES PARA ALIMENTOS

INGRESO:

Por favor enumere las fuentes de ingresos de todos los miembros del hogar:
Empleo, discapacidad, seguridad social, jubilación, manutención infantil, todas las demás fuentes de ingresos

FUENTE DE INGRESOS: _____ CANTIDAD: _____ HH MIEMBRO FAMILIAR: _____
Frecuencia del círculo: Semanal Cada 2 semanas Mensual Otro (Especifique)_____

FUENTE DE INGRESOS: _____ CANTIDAD: _____HH MIEMBRO FAMILIAR: _____
Frecuencia del círculo: Semanal Cada 2 semanas Mensual Otro (Especifique)_____

FUENTE DE INGRESOS: _____ CANTIDAD: _____HH MIEMBRO FAMILIAR: _____
Frecuencia del círculo: Semanal Cada 2 semanas Mensual Otro (Especifique)_____

FUENTE DE INGRESOS: _____ CANTIDAD: _____HH MIEMBRO FAMILIAR: _____
Frecuencia del círculo: Semanal Cada 2 semanas Mensual Otro (Especifique)_____

FUENTE DE INGRESOS: _____CANTIDAD: _____HH MIEMBRO FAMILIAR: _____
Frecuencia del círculo: Semanal Cada 2 semanas Mensual Otro (Especifique)_____

NOTAS DE OFICINA: