



Giving to the Nations – Client Intake Form

Donando a las Naciones – Formulario de admisión de clientes

OFFICE USE ONLY/SÓLO PARA USO DE OFICINA Date: _____ Request Type: Individual Event/Name: _____
 New Client Certification Client Re-Certification / Date Last Served: _____ Processed By: _____

*Please fill out the **entire form** so we may serve you better*
*Complete **el formulario completo** para que podamos brindarle un mejor servicio.*

CLIENT DOCUMENTATION/DOCUMENTACIÓN DEL CLIENTE

Are you completing this form at a GIVEAWAY EVENT/ Yes/Sí No
 ¿Está completando este formulario en un GIVEAWAY EVENT?

How did you hear about Giving to the Nations programs? Please be specific /¿Cómo se enteró de los programas de Giving to the Nations? Por favor sea específico

Have you used our services before? Yes/Sí No
 ¿Ha utilizado nuestros servicios antes?

Are you currently homeless? Yes/Sí No
 ¿Está usted actualmente sin hogar?

CLIENT INFORMATION/INFORMACIÓN DEL CLIENTE

CLIENT NAME/nombre del cliente: (PRINT/Imprimir) _____

CLIENT ADDRESS/Dirección del cliente: _____

CITY/Ciudad: _____ STATE/Estado: _____ ZIP CODE/código postal: _____ COUNTY/condado: _____

ADDRESS TYPE/Tipo de dirección: Mailing address only/Solo dirección postal I live at this address/Vivo en esta dirección

PHONE/Número de teléfono: (_____) _____ Mobile/Teléfono móvil Other/Otro

EMAIL/Correo electrónico: _____

Best contact method/Mejor método de contacto:

Phone Call/Llamada telefónica Email/Email Text/Mensaje de texto

(If you chose Phone Call, please write down our number, 920-770-8884, so when we call, you will know it is us.)

(Si elige Llamada telefónica, anote nuestro número, 920-770-8884, para que cuando le llamemos sepa que somos nosotros).

HOUSEHOLD INFORMATION: List **everyone** that lives in your home. (Write numbers in the boxes below)

INFORMACIÓN DEL HOGAR: Enumere a **todas las personas** que viven en su casa. (Escriba los números en los cuadros a continuación)

Under 5 yrs/Menores de 5 años: Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Masculino Femenino	5 – 9 yrs/5-9 años: Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Masculino Femenino	10 – 14 yrs/10-14 años: Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Masculino Femenino	15 – 17 yrs/15-17 años: Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Masculino Femenino	18 – 24 yrs/18-24 años: Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Masculino Femenino
25 – 34 yrs/25-34 años: Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Masculino Femenino	35 – 44 yrs/35-44 años: Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Masculino Femenino	45 – 54 yrs/45-54 años: Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Masculino Femenino	55 – 64 yrs/55-64 años: Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Masculino Femenino	65 – 84 yrs/65-84 años: Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Masculino Femenino
85 yrs and over/85 años y más: Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Masculino Femenino				

MILITARY STATUS/SITUACIÓN MILITAR: (Please check all boxes that apply/Por favor marque todas las casillas que correspondan.)

Active Duty/ Retired/ Reserves/Nat'l Guard Veteran/ NONE/Ninguno
 Servicio activo Jubilado Reservas/Guardia Nacional Veterano

PLEASE SELECT YOUR RACIAL CATEGORY: (Please check all boxes that apply)

POR FAVOR SELECCIONE SU CATEGORÍA RACIAL: (Marque todas las casillas que correspondan)

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> White/
Caucásica | <input type="checkbox"/> Asian/
Asiática | <input type="checkbox"/> Black or African American/
Negra/afroamericana | <input type="checkbox"/> Native American/Nativo americano |
| <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander/
Nativa de Hawái/otras islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> One Race, Other/
Una raza, otra | <input type="checkbox"/> Two or More Races/
Dos o mas carreras | |

PLEASE SELECT YOUR ETHNIC CATEGORY: (Please check a box)

POR FAVOR SELECCIONE SU CATEGORÍA ÉTNICA: (Por favor marque una casilla)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino/ Hispánica o latina | <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino/No hispánica o latina |
|---|---|

PLEASE SELECT ALL BOXES THAT APPLY TO ANY ASSISTANCE YOUR FAMILY IS RECEIVING and YOUR EMPLOYMENT STATUS:

(Please check all boxes that apply)/**POR FAVOR SELECCIONE TODAS LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN A CUALQUIER**

AYUDA QUE SU FAMILIA ESTÉ RECIBIENDO y SU ESTADO LABORAL: (Marque todas las casillas que correspondan)

- | | | | | |
|---|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Child Support/
Manutención de los hijos | <input type="checkbox"/> CHIP | <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> CSFP | <input type="checkbox"/> FoodShare Wisconsin |
| <input type="checkbox"/> SNAP (food stamps/cupones de
alimentos) | <input type="checkbox"/> FMLA | <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> SSI | <input type="checkbox"/> SSDI |
| <input type="checkbox"/> VA Disability/Discapacidad de VA | <input type="checkbox"/> TANF | <input type="checkbox"/> WHEAP | <input type="checkbox"/> Tribal Per Cap | |
| <input type="checkbox"/> Unemployment (UI)/
Desempleo (UI) | <input type="checkbox"/> Employed/
Empleado | <input type="checkbox"/> NONE/
Ninguno | <input type="checkbox"/> Workers Comp/Compensación de
trabajadores | |

TOTAL ANNUAL HOUSEHOLD INCOME: (Please check a box)/**INGRESO ANUAL TOTAL DEL HOGAR:** (Por favor marque una casilla)

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Less than \$10,000/
Menos de \$10,000 | <input type="checkbox"/> \$10,000-\$19,999 | <input type="checkbox"/> \$20,000 - \$29,999 | <input type="checkbox"/> \$30,000 - \$39,999 |
| <input type="checkbox"/> \$40,000 - \$49,999 | <input type="checkbox"/> \$50,000 - \$59,999 | <input type="checkbox"/> \$60,000 - \$69,999 | <input type="checkbox"/> \$70,000 - \$79,999 |
| <input type="checkbox"/> \$80,000 - \$89,000 | <input type="checkbox"/> \$90,000 - \$99,999 | <input type="checkbox"/> \$100,000 - \$124,999 | <input type="checkbox"/> \$125,000 - \$149,999 |
| <input type="checkbox"/> \$150,000 or more/
\$150,000 o más | <input type="checkbox"/> NONE/Ninguno | | |

Was there an emergency situation which caused you to contact us? Yes/Sí No

¿Hubo una situación de emergencia que hizo que usted se comunicara con nosotros?

Briefly explain your current situation/Explique brevemente su situación actual:

CLIENT ACKNOWLEDGEMENT/RECONOCIMIENTO DEL CLIENTE

I certify that I am a member of the household listed above, 18 years of age or older, and certify that all information regarding my household is true to the best of my knowledge./Certifico que soy miembro del hogar mencionado anteriormente, tengo 18 años de edad o más, y certifico que toda la información sobre mi hogar es verdadera a mi leal saber y entender.

NOTE: Your answers on this form are important to help determine how to best serve you, and to obtain funding to support our programs./NOTA: Sus respuestas en este formulario son importantes para ayudar a determinar cómo brindarle un mejor servicio y obtener fondos para respaldar nuestros programas.

Client Signature/Firma del cliente: _____ **Date/fecha:** _____

Please email this completed form and the PRODUCT LIST (in a .pdf format) to: office@givingtothenations.org OR

Envíe el formulario completo por correo electrónico (en formato .pdf) a: office@givingtothenations.org O

Mail to/Correo a:

Giving to the Nations

4003 Durand Ave, Ste 5A

Racine, WI 53405

OFFICE USE ONLY/ SÓLO PARA USO DE OFICINA

Pickup Date: _____ G2N Intake Form 2024