Applicant Intake Form

Giving to the Nations – Request for Services/Solicitud de Servicios

OFFICE USE ONLY/SÓLO PARA USO DE OFICINA **Date:** _____ **Processed By:** _____

All questions on this form must be completed for the application to be moved forward to processing.
Es necesario responder a todas las preguntas de este formulario para que la solicitud pase a la fase de tramitación.

APPLICANT DOCUMENTATION/DOCUMENTACIÓN SOLICITANTE

How did you hear about Giving to the Nations programs? Be specific.
¿Cómo se enteró de los programas de Donando a las Naciones? Sea específico.

_____

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

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

APPLICANT INFORMATION/INFORMACIÓN SOLICITANTE

NAME/Nombre: (PRINT/Letra de molde)_____

ADDRESS/Dirección:_____APT #/N.º de apto _____

CITY/Ciudad:_____ STATE/Estado:_____ ZIP CODE/Código postal:_____ COUNTY/Condado:_____

ADDRESS TYPE/Tipo de dirección: ☐ Mailing address only/Sólo dirección postal ☐ I live at this address/Vivo en este domicilio

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

EMAIL/Correo electrónico:_____

Best contact method/Mejor método de contacto: (Please check 1 box / Por favor, marque una casilla)

☐ 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: Enter the **NUMBER** of people in each age group below, including you, who live in your home. **INFORMACIÓN DEL HOGAR:** Indique a continuación el **NÚMERO** de personas de cada grupo de edad, incluyéndose a usted mismo, que viven en su hogar.

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

Are any children in your home newborn to 2 years old?
¿Hay niños en su hogar de recién nacido a 2 años de edad? ☐ Yes/Si ☐ No

MILITARY STATUS/Situación Militar: (Please check 1 box / Por favor, marque una casilla)

☐ Active Duty/ Servicio activo ☐ Retired/ Jubilado ☐ Reserves/Nat'l Guard Reservas/Guardia Nacional ☐ Veteran/ Veterano ☐ Did Not Serve/No prestó servicio

---

PLEASE SELECT YOUR RACIAL CATEGORY: (Please check 1 box)
POR FAVOR SELECCIONE SU CATEGORÍA RACIAL: (Por favor, marque una casilla)

☐ White/ Caucásico ☐ Asian/ Asiático ☐ Black or African American/ Negro o Afroamericano ☐ Native American or Alaska Native (inuit)/ Nativo americano o nativo de Alaska (inuit)Nativo americano

☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander/ Nativo de Hawái u Otros isleños del Pacífico ☐ One Race, Other/ Una raza, Otra ☐ Two or More Races/ Dos o más razas

---

PLEASE SELECT YOUR ETHNIC CATEGORY: (Please check 1 box)
POR FAVOR SELECCIONE SU CATEGORÍA ÉTNICA: (Por favor marque una casilla)

☐ Hispanic or Latino/Hispano o latino ☐ Not Hispanic or Latino/Ni hispano ni latino

---

PLEASE SELECT ALL BOXES THAT APPLY TO ANY ASSISTANCE YOUR FAMILY IS RECEIVING: (Please check all boxes that apply) / **POR FAVOR, MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN A CUALQUIER TIPO DE AYUDA QUE RECIBA SU FAMILIA:** (Marque todas las casillas que correspondan)

☐ Child Support/ Manutención de los hijos ☐ CHIP ☐ WIC ☐ CSFP ☐ FoodShare Wisconsin

☐ SNAP (food stamps/cupones de alimentos) ☐ FMLA ☐ Medicaid ☐ SSI ☐ SSDI

☐ VA Disability/Discapacidad de VA ☐ TANF ☐ WHEAP ☐ Tribal Per Cap ☐ Workers Compensation/Compensación de trabajadores

☐ No Assistance/Sin asistencia

Are you currently employed?
¿Actualmente está empleado/a? ☐ Yes/Sí ☐ No

TOTAL ANNUAL HOUSEHOLD INCOME: (Please check 1 box) / **INGRESO ANUAL TOTAL DEL HOGAR:** (Por favor, marque una casilla)

☐ Less than $10,000/ Menos de $10,000 ☐ $10,000-$19,999 ☐ $20,000 - $29,999 ☐ $30,000 - $39,999

☐ $40,000 - $49,999 ☐ $50,000 - $59,999 ☐ $60,000 – $69,999 ☐ $70,000 - $79,999

☐ $80,000 - $89,000 ☐ $90,000 – $99,999 ☐ $100,000 – $124,999 ☐ $125,000 - $149,999

☐ $150,000 or more/ $150,000 o más ☐ 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:

PERSONAL AND HOME CLEANING PRODUCTS / PRODUCTOS DE LIMPIEZA PERSONAL Y DEL HOGAR

If approved, you will receive a Household Box which contains <u>all</u> the products listed below.
Si se aprueba, recibirá una caja de productos para el hogar que contiene <u>todos</u> los artículos enumerados a continuación.

- Shampoo / Champú
- Conditioner / Acondicionador
- Hand soap / Jabón de mano
- Hand sanitizer / Alcohol en gel
- Body wash / Gel de baño
- Body lotion / Loción corporal
- Deordorant / Desodorante
- Toothpaste / Pasta dental
- Adult toothbrush / Cepillo de dientes (adulto)
- Dental floss / Hilo dental
- Dishwashing detergent / Jabón para lavar platos
- Multi-purpose cleaner (liquid) / Limpiador líquido multiusos
- Trash bags (13 gallon) / Bolsas de basura (13 galones)
- Paper towels / Toallas de papel
- Laundry detergent / Detergente de lavandería
- Dryer sheets / Hojas para la secadora

SOLICITANTE ACKNOWLEDGEMENT / RECONOCIMIENTO DEL SOLICITANTE

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 anteriormente mencionado, que tengo 18 años o más, y 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.

Signature/Firma: _____ Date/fecha: _____

Please email this completed form (in .pdf format) to: office@givingtothenations.org / Envíe el formulario completo por correo electrónico (en formato .pdf) a: office@givingtothenations.org

OR / O

Mail to / Enviar por correo postal a:
Giving to the Nations
460 E Pheasant Run
Oak Creek, WI 53154

Once your application is received, processing time is approximately 2-3 weeks. You will be contacted using the "Best contact method" you provided. If approved, the Household box will need to be picked up.

Una vez recibida su solicitud, el tiempo de tramitación es de aproximadamente 2 a 3 semanas. Nos pondremos en contacto con usted a través del «método de contacto preferido» que haya indicado. Si su solicitud es aprobada, deberá recoger la caja para el hogar.