



Aplicación Para La Inscripción De Clase

Esta aplicación está destinada a determinar la elegibilidad de las clases "Recetas para el éxito". Si se considera elegible, nos pondremos en contacto con usted.

Nombre Y Apellido:

Fecha De Nacimiento:

Dirección, Ciudad, Estado:

Número De Teléfono:

Correo Electrónico:

Las preguntas 1, 2 y 3 son para ayudarnos a comprender qué nivel de experiencia tienes en la preparación de alimentos y negocio. Este programa no ofrece instrucciones sobre la preparación de alimentos. Los participantes de la clase deben de tener experiencia previa en la cocina o el horneado, ya sea profesional o informalmente en el hogar.

1. ¿Tiene experiencia en la preparación profesional de alimentos?
 - Si es así, ¿en qué capacidad (chef, cocinero, preparación, etc.) y cuántos años?

2. ¿Tiene experiencia en la preparación de alimentos domésticos o recreativos?
 - Si es así, ¿en qué capacidad (voluntario, eventos comunitarios, cocinar en casa, familia, etc.) y cuántos años?

3. ¿Alguna vez ha tenido, iniciado o intentado iniciar un negocio?
 - Si es así, ¿cuál era el industria?

4. ¿Qué tipo de producto (s) planea hacer usando su licencia de comida casera?

"Recipes For Success" está financiado por una subvención global de desarrollo comunitario a través del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos Y la Ciudad de Modesto. Por esta razón, debemos de juntar cierta información de los participantes del programa, que incluyen: tamaño del hogar, ingreso anual del hogar y uso de varios programas de apoyo del gobierno (como cupones de alimentos, seguridad social, etc.). **Sus respuestas a estas preguntas son confidenciales.**

Complete la información de ingresos del hogar en la página siguiente para ser considerado para este programa.



**Community Development Block Grant (CDBG) Program
Datos de Participación 2019-2020**



Program: _____

City or County Client (agency use only): _____

La información solicitada es necesaria como requisito de la agencia que provee los fondos para proveer este programa. La información reunida no será divulgada al público. Por favor de proveer la información solicitada a continuación. Gracias por su cooperación.

1. ¿Es usted cabeza del hogar? Sí _____ No _____

2. Tamaño de la Familia e Ingreso total anual entre todos los miembros del Hogar:

A – Numero de Personas En el Hogar (Circule Uno)	B – Ingresos Anuales del Hogar (En la linea que corressepnda el numero de personas en su hogar, Circule su ingreso anual)			
	EL (0-30% AMI)	VL (31-50% AMI)	L (51-80% AMI)	M (81% AMI & Greater)
1	\$13,650 or less	\$13,651-\$22,700	\$22,701-\$36,300	\$36,301 or more
2	\$15,600 or less	\$15,601-\$25,950	\$25,951-\$41,500	\$41,501 or more
3	\$17,550 or less	\$17,551-\$29,200	\$29,201-\$46,700	\$46,701 or more
4	\$19,450 or less	\$19,451-\$32,400	\$32,401-\$51,850	\$51,851 or more
5	\$21,050 or less	\$21,051-\$35,000	\$35,001-\$56,000	\$56,001 or more
6	\$22,600 or less	\$22,601-\$37,600	\$37,601-\$60,150	\$60,151 or more
7	\$24,150 or less	\$24,151-\$40,200	\$40,201-\$64,300	\$64,301 or more
8	\$25,700 or less	\$25,701-\$42,800	\$42,801-\$68,450	\$68,451 or more

3. ¿Recibe usted ingreso de cualquiera de los siguientes programas?:

____ CalWORKs ____ General Assistance ____ Social Security

____ Food Stamps ____ Medi-Cal ____ Otros: _____

4. Etnicidad (Circule Uuno): Hispano / / No Hispano

5. Raza (marque con una "X", sólo marque uno):

____ Blanco

____ Indio Americano/Nativo de Alaska

____ Asiático

____ Nativo de Hawái/Isleño del Pacifico

____ Negro/Afro Americano

____ Negro/Afro Americano y Blanco

____ Asiático Y Blanco

____ Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanco

____ Indio Americano/Nativo de Alaska y Negro/Afro Americano

____ Otros Multiraciales (especifique): _____

____ Femenino Masculino Transgénero 62 años o más Incapacitado Veterano

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____

Código Postal _____

Yo certifico que la información indicada en este documento es verdadera y correcta de acuerdo a mi conocimiento. Yo reconozco y entiendo que la información proporcionada en este documento servirá para los propósitos determinar mi elegibilidad para este programa. Yo reconozco que cualquier mal información fraudulenta o por negligencia hecho en esta declaración o cualquiera otra puede constituir una violación federal y puede resultar en que se me niegue a participar en este programa.

Firma _____

Fecha _____

Office Use & Referral Use Only

Income Verification Type:(circle one) Sight Copies W-2 Pay Stubs Award Letter

Income Verified By: _____ Other _____

Name _____ Title _____

No Income Verification Completed (explain) _____