

COMIENZE AQUI

Nombre Completo: _____
 Dirección: _____
 Ciudad/Estad: _____ Condado: _____
 Teléfono: _____
 Email: _____
 Grado más alto completado: _____

Edad: _____
 Sexo: Masculino Femenino
 Embarazada
 Lactando
 Etnia: Hispano o Latino No Hispano o Latino

Raza: (Marque todo lo que corresponda)

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o Africano Americano
- Nativo Hawaiano u otras Islas del Pacifico
- Blanco
- No proporcionado

Lugar de residencia (Marque uno)

- 1. Granja
- 2. Pueblos de 10,000 & rural no granja
- 3. Pueblos & Ciudades 10,000 to 50,000
- 4. Suburbios de Ciudades 50,000
- 5. Ciudades Centrales sobre 50,000

Asistencia Pública al ENTRAR:

- Nutrición Infantil
- FDPIR
- Head Start
- Otros
- SNAP
- TANF
- TEFAP - Commodity
- WIC/CSPF

Inscrito en EFNEP antes? Si No
 Recibió certificado de graduación?
 Si No

Ingreso total hogar del mes pasado: \$ _____
 N/S= No proporcionado

Edad el de los niños (enumera las edades y el de los niños hasta los 19 años)

Edad (Ex: Niño o Niña)

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 6. _____ |
| 7. _____ | 8. _____ |

Numero de otros adultos en la casa (No se incluya usted): _____

Tipo de lección (Marque):

- 1. Grupo
- 2. Individual
- 3. Grupo e individual
- 4. Otro



Áreas sombreadas para uso de la oficina SOLAMENTE

Subgroups (At least one Federal subgroup is required)

F: EFNEP F: SNAP-ED F: ESWIC F: Team Nutrition F: Sample

Llene por cada participante al ENTRAR. Mantenga en el archivo después de ser revisada por el agente y guardada en el computador

PA's Name: _____

WebNEERS' Entry Date: _____

Participant's Custom ID: _____

Enrollment Date: _____

Group Name: _____

