



# LTCC FOOD PANTRY APPLICATION

<b>First Name</b>				<b>Student ID #</b>			
<b>Last Name</b>							
<b>Email Address</b> <small>(To receive email notifications)</small>				<b>Phone Number</b>			
<b>Do you receive the BOG A or B Fee waiver?</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not sure						
<b>Enrollment status:</b>	<input type="checkbox"/> I am enrolled full-time (12 units) <input type="checkbox"/> I am enrolled part-time (less than 12 units)						
<b>Are you in any programs at LTCC?</b> <small>(I.E. EQUITY, EOPS, CALWORKS, VTEA, ADVANCE ETC.)</small>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes - If yes, please list the programs:						
<b>How many individuals are in your house hold?</b>							
<b>Are you head of the household?</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No						
<b>How many people live in your house in the following age groups:</b> <small>(Please write the number in the box)</small>	Infant-17		18-64 yrs.		65 and over		
<b>Do you have access to cooking facilities?</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No						
<b>Do you have personal transportation?</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No - *If no, are you aware that your student ID card is considered a free bus pass? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No						
<b>Are you employed?</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If Yes: <input type="checkbox"/> Full-Time (more than 30 hours per week) <input type="checkbox"/> Part-Time (less than 30 hours per week)				
<b>What type of housing do you have?</b>							
<b>Which benefit(s) do you or someone in your household receive?</b>	<input type="checkbox"/> TANF (Temporary Assistance to Needy Families) <input type="checkbox"/> CalWORKs (California Work Opportunity and Responsibility to Kids) <input type="checkbox"/> CalFresh (Formerly known as Food Stamps) <input type="checkbox"/> SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program) <input type="checkbox"/> WIC (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children) <input type="checkbox"/> Other:						
<b>If your household does not receive any of these programs, are you interested in learning more about them?</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes - If yes, please list the programs:						
<b>Would you be interested in learning about additional support services that may be available?</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No						

Student's Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



# APLICACION DE DESPENSA DE ALIMENTOS DE LTCC

<b>Primer Nombre</b>		<b>Numero de estudiante</b>	
<b>Apellido</b>			
<b>Correo electrónico</b>		<b>Número de teléfono</b>	
<b>Recibe la exención de la cuota de inscripción BOGFW?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se		
<b>Estado Académico:</b>	<input type="checkbox"/> Estoy inscrito/a tiempo completo (12 unidades) <input type="checkbox"/> Estoy inscrito medio tiempo (menos de 12 unidades)		
<b>¿Está inscrito en otro programa en LTCC?</b> (I.E. EQUITY, EOPS, CALWORKS, VTEA, ADVANCE ETC.)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si - ¿Cuáles?:		
<b>¿Cuántas personas viven en su casa?</b>			
<b>¿Es la cabeza del hogar?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>¿Cuántas personas viven en su casa en los siguientes grupos de edades?:</b> (Por favor escribe el numero)	Infante-17	18-64 años.	65+
<b>¿Tiene acceso a instalaciones para cocinar?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>¿Tiene transporte?</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No *si no, sabía que su tarjeta de identificación del colegio es considerada/a un pase para subir al autobús gratis? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>¿Tiene trabajo?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tiempo completo (más de 30 horas a la semana) <input type="checkbox"/> Medio tiempo (menos de 30 horas a la semana)	
<b>¿En qué tipo de vivienda vive?</b>			
<b>¿Qué beneficio(s) reciben usted o alguien en su hogar?</b>	<input type="checkbox"/> TANF (Asistencia temporal para familias necesitadas) <input type="checkbox"/> CalWORKs (Programa de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños vigente en el Estado de California) <input type="checkbox"/> CalFresh (Estampillas de comida) <input type="checkbox"/> SNAP (Programa de asistencia nutricional suplementaria) <input type="checkbox"/> WIC (Programa de nutrición suplementaria para mujeres, bebés y niños) <input type="checkbox"/> Otro:		
<b>¿Si nadie recibe ninguno de estos servicios, le gustaría saber más?</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si - ¿cuáles?:		
<b>¿Estaría interesado/a en conocer los servicios de asistencia adicionales que pueden estar disponibles?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_