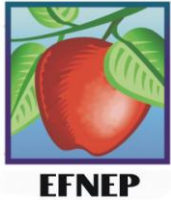




Ohio Expanded Food and Nutrition Program
Formulario de inscripción para ADULTOS
 Esta información es sólo para uso de EFNEP y no se distribuye a otras
 agencias.
FINAL



Nombre _____

Nombre de la educadora _____
 Fecha _____

Marque los programas de Asistencia Pública que su familia ha comenzado a recibir después de inscribirse en las clases de EFNEP:

- Desayuno o Almuerzo gratis en la escuela
- FDPIR (Programa de Distribución de Alimentos en las reservaciones indias)
- Estampillas de comida -Food Stamps (EBT card)
- Head Start (CPCD)
- Otros
- TANF (Asistencia Temporal para Familias en Necesidad)
- TEFAP – Despensas de Alimentos- Food pantry
- WIC/ CSFP
- Ninguno

For office Use		Reason for leaving: <input type="checkbox"/> Ed. objectives met <input type="checkbox"/> Lost interest <input type="checkbox"/> Returned to school <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Took job <input type="checkbox"/> Other obligations <input type="checkbox"/> Family concerns <input type="checkbox"/> Lost contact with client <input type="checkbox"/> Staff vacancy <input type="checkbox"/> Moved ID # _____ Exit Date: _____
Group name		
<input type="checkbox"/> Taught in group only <input type="checkbox"/> Taught individually only <input type="checkbox"/> Taught individually and In a group	Hours of lessons: <input type="checkbox"/> less than 6 hours <input type="checkbox"/> 6 or more hours	
Number of lessons: _____	Group Size: <input type="checkbox"/> 12 or fewer <input type="checkbox"/> 13 or more	
Number Contacts: _____		