



LIFT-UP Intake Form

THIS SECTION FOR STAFF/VOLUNTEER ONLY

Date of Service: _____ Location/Site: _____

Date Entered: _____ Initials: _____

All Fields marked with * are required.

Primary Household Member Information:

First Name*: _____ Middle Name: _____ Last Name(s)*: _____

Date of Birth*: ____/____/____ Gender*: _____

Phone Number*: _____ ☐ No Phone

Email Address*: _____

Primary Household Member Ethnicity *

☐ Alaska Native / Aulet / Eskimo ☐ American Indian / Native American ☐ Asian ☐ Black / African American

☐ Hispanic / Latino ☐ Middle-Eastern / North-African ☐ Pacific Islander ☐ White / Anglo ☐ Other

☐ None of These ☐ Prefer not to Answer. Primary Language: _____

Address Information:*

Street Address*: _____ Apt / Suite / Unit: _____ ☐ No Fixed Address

Postal Code: _____ City: _____ County: _____ State: _____

Additional Household Members*:

First Name:	Middle Name:	Last Name(s)*:	Date of Birth* Month/Day/Year	Gender*	Relationship to Primary Guest*	Ethnicity*
			/ /			
			/ /			
			/ /			
			/ /			
			/ /			
			/ /			
			/ /			

Household Monthly Income*: \$ _____

What Social Benefits do you receive: (Check all that apply)

☐ SNAP (food stamps) ☐ WIC ☐ CHIP ☐ LEAP ☐ Medicaid ☐ Medicare
☐ TEFAP ☐ CSFP ☐ SSI ☐ TANF ☐ Other: _____ ☐ None

This institution is an equal opportunity provider.

Updated 3.10.2025 (JR)



Formulario de LIFT-UP

ESTA SECCIÓN ES SÓLO PARA EL PERSONAL/VOLUNTARIOS

Día de Servicio: _____ **Ubicación/Sitio:** _____

Fecha de Ingreso: _____ **Iniciales:** _____

Todas las preguntas marcadas con * son requeridas.

Información del Miembro Principal del Hogar:

Primer Nombre*: _____ **Segundo Nombre:** _____ **Apellido(s)*:** _____

Fecha de Nacimiento*: ____/____/____ **Género*:** _____

Número de teléfono*: _____ ☐ No tengo teléfono

Correo electrónico*: _____

Etnicidad del Miembro Principal del Hogar *

☐ Nativo de Alaska / Aleut / Esquimal ☐ Indio Americano ☐ Asiático ☐ Afroamericano ☐ Hispano / Latino

☐ Afrolatino ☐ Pacifico ☐ Blanco / Anglo ☐ Otra ☐ Ningún ☐ Prefiero no contestar

Idioma principal: _____

Información de dirección: *

Dirección*: _____ **Apt / Traila:** _____ ☐ Sin dirección fija

Ciudad: _____ **Código Postal:** _____ **Condado:** _____ **Estado:** _____

Miembros del Hogar*:

Primer Nombre*	Segundo Nombre:	Apellido(s)*	Fecha de Nacimiento*: Mes/Día/Año	Genero*	Relación con el cliente principal *	Etnicidad*
			/ /			
			/ /			
			/ /			
			/ /			
			/ /			
			/ /			
			/ /			
			/ /			

Ingreso mensual del hogar*:\$ _____

¿Qué beneficios sociales recibe? (Marque todos los que correspondan)

☐ SNAP (food stamps) ☐ WIC ☐ CHIP ☐ LEAP ☐ Medicaid ☐ Medicare
☐ TEFAP ☐ CSFP ☐ SSI ☐ TANF ☐ Otro: _____ ☐ Ninguno

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

Última actualización 3.10.2025 (JR)