



Banco de Comida Formulario de inscripción

Form B

(por favor completa la información a continuación)

Fecha: _____

¿Estás sin hogar? Sí No

Información del hogar

Nombre							
Dirección							
CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTALE/CONDADO							
TELÉFONO							
Número en el hogar							
INGRESOS BRUTOS Monto antes de deducciones	\$		Por año		Por mes		Por semana

¿Su familia recibe algún tipo de ayuda? marque todo lo que corresponda

Programa Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)		Programa de SNAP	
Seguridad Social		Medicaid	
Comidas Gratis o a Precio reducido para el año		Crisis temporal	

Documente el motivo de la crisis en el cuadro a continuación.

Al firmar a continuación, certifico que:

- (1) Soy un miembro del hogar que vive en la dirección indicada anteriormente y que, en nombre del hogar, solicito alimentos del USDA que se distribuyen a través del Programa de Asistencia de Alimentos de Emergencia;
- (2) toda la información proporcionada a la agencia que determina la elegibilidad de mi hogar es, a mi leal saber y entender, verdadera y correcta; y
- (3) si corresponde, la información proporcionada por el "Representante autorizado" del hogar (como se menciona a continuación) también es, a mi leal saber y entender, verdadera y correcta.

Firma del cliente (el cliente debe estar presente para la entrevista inicial y asistencia alimentaria)

Fecha

Nombre del representante autorizado: (nombre de la persona para que actúe en su nombre)	Dirección o teléfono de representantes autorizados:
--	--

El hogar es INELEGIBLE: (Explique el motivo de la inelegibilidad en el cuadro "comentarios" a continuación).

Comentarios:

El hogar es ELEGIBLE basado en:

De bajos ingresos		Programa de SNAP	
Seguridad Social		Medicaid	
Comidas Gratis o a Precio reducido para el año		Crisis temporal	

El período de certificación es de hasta doce meses. Para crisis, el periodo de certificación de necesidad de alimentos es de hasta seis meses. El Departamento de Agricultura de Texas puede aprobar la necesidad de alimentos en crisis durante siete a doce meses. Dar la duración del período de certificación si el hogar es elegible.

Comienzo (mes / año): _____ / _____

Final (mes / año): _____ / _____

Firma del personal de la agencia: _____ **Revisa este formulario en:** _____

Solo se requiere la información anterior para obtener USDA Foods

SNAP and FDIPIR State or local agencies, and their subrecipients, must post the following Nondiscrimination Statement: Las agencias estatales o locales de SNAP y FDIPIR, y sus beneficiarios secundarios, deben publicar el siguiente Aviso de No Discriminación De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA (AD-3027) que está disponible en línea en: How to File a Complaint, y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

