**VECINOS AL SERVICIO DE VECINOS**

**FORMULARIO DE AUTOCERTIFICACIÓN**

**Nombre completo y fecha de nacimiento?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Número de teléfono, dirección de correo electrónico y domicilio?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si el hogar recibe otra asistencia, marque las opciones apropiadas) a continuación. No se requiere prueba.**

* Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
* Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
* Seguro de enfermedad
* Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP) (comidas gratuitas o a precio reducido)
* Otro

**¿Alguien en el hogar recibe ingresos de alguna de las fuentes enumeradas?**

* Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
* Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
* Seguro de enfermedad
* Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP) (comidas gratuitas o a precio reducido)
* Otro

**Ingreso mensual total de todos los miembros del hogar** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Enumere los nombres, género, etnia/raza y fecha de nacimiento de todas las personas en el hogar**.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cuál es su situación de vida actual:**

* En una casa o apartamento
* Refugio para personas sin hogar o en la calle
* en el sofá de alguien
* Otro

**¿Alguien en su hogar está actualmente en el ejército o es un veterano militar?** SÍ NO

**Nombre de la persona que puede recoger la comida**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del cliente\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al firmar arriba, certifico que: 1. Soy miembro del hogar anterior que vive en la dirección provista y solicito Alimentos del USDA que se distribuyen a través del Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia;2. Toda la información proporcionada a la agencia que determina mi elegibilidad es, a mi leal saber y entender, verdadera y correcta; y 3. Si corresponde, la información provista por el apoderado es, a mi leal saber y entender, verdadera y correcta.