

DESIGNACIÓN DE COMESTIBLES

FORMULARIO DE SOLICITUD

Esta sección nos ayudará a identificar para qué programa de comestibles puede calificar y si su hogar puede calificar para recursos adicionales. Complete TODA la información a continuación y marque las casillas correspondientes en cada sección. Es posible que deba completar un formulario adicional según el programa que se le asigne.

Qualifications (THIS SECTION WILL BE VERIFIED. Check ALL that apply):

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Recibo asistencia del ESTADO DE MARYLAND de 1 o más programas | ☐ Recibo asistencia no gubernamental de 1 o más programas | ☐ Trabajo durante las horas en que la despensa de alimentos está abierta. |
| ☐ Recibo Asistencia FEDERAL de 1 o más programas | ☐ Ocupo/vivo en una residencia en el condado de Washington, Maryland | ☐ No tengo forma de hacer la compra. |

Información del contacto

Nombre completo: _____ Nombre completo: _____
Dirección postal: _____ Apartamento/Habitación/Unidad: _____
Pueblo/Ciudad: _____ Estado: _____ Zip Code: _____
Correo electrónico: _____
Número de teléfono: _____ ☐ Móvil ☐ Teléfono fijo
Si tu teléfono es Móvil: ☐ Puedo recibir mensajes de TEXTO ☐ puedo acceder a internet

Detalles del hogar (marque si alguien en su hogar se identifica con estos):

- ☐ Adulto Mayor ☐ Desactivada ☐ Veterano ☐ Esposo de un Veterano

Información de salud (Esta parte se aplica a todos los miembros de su hogar):

- ☐ Medicaid ☐ Cobertura de salud de Maryland Physicians Care ☐ Otras coberturas de salud

Si marcó **Maryland Physicians Care**, indique los nombres completos de las personas cubiertas y su fecha de nacimiento.

Nombre completo: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre completo: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre completo: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre completo: _____	Fecha de nacimiento: _____

Términos de servicio, divulgación de información y exención de responsabilidad

Al firmar este documento debajo, la persona nombrada en la parte superior de este formulario, también conocida como "Cliente", reconoce que tiene derecho a autorizar la divulgación completa de la información proporcionada en este formulario a America's Hauling for Hope, también conocida como "AHH". Los socios colaboradores de AHH, organizaciones sin fines de lucro, organizaciones sin fines de lucro, corporaciones y cualquier entidad y/o individuo que pueda ayudar y/o proporcionar servicios, información y/o recursos adicionales.

El Cliente libera completamente a AHH y a cualquier persona asociada y/o con acceso a la información proporcionada de toda responsabilidad, daños, costos y/o acciones legales de reclamos pasados, presentes o futuros por parte del Cliente y/o los familiares del Cliente, y/ o aquellos que actúan en nombre del Cliente.

El Cliente es mayor de edad, reconoce estar en su sano juicio y está legalmente capacitado para firmar por sí mismo.

El Cliente también otorga permiso a AHH para actuar en su interés para adquirir recursos gratuitos para el Cliente y/o su hogar.

Al firmar este documento, el Cliente reconoce que comprende y acepta plenamente los "Términos de servicio, divulgación de información y exención de responsabilidad".

Firma del cliente

Fecha