



Racine County Food Bank  
2000 De Koven Avenue, Unit #2  
Racine, WI 53403-2481

# Canasta de comida para día festivo

# 2024

¿Usted o cualquier otro miembro de su unidad familiar se ha inscrito para recibir una canasta de comida para día festivo en otro lugar?

Sí ☐ No ☐

Con mi firma a continuación, yo certifico:

- ✓ Mi ingreso no exceda los límites mensuales indicados en la tabla a la derecha (Ingreso anual puede ser utilizado para los trabajadores migrantes y de temporada).
- ✓ Yo libero a todas las agencias colaborando para proporcionar una caja de comida de cualquier responsabilidad resultando de cualquier alimento que podría recibir.
- ✓ Autorizo a las agencias colaboradores a compartir la información proporcionada en este formulario para evitar la duplicación de servicios.
- ✓ Entiendo que falsificar cualquier información en este formulario puede estar sujeto a enjuiciamiento penal y restitución de alimentos recibidos.

## Ingreso mensual bruto máximo para la elegibilidad

Tamaño del hogar	1	2	3	4	5	6	7	8
Ingreso mensual	\$2,510	\$3,407	\$4,303	\$5,200	\$6,097	\$6,993	\$7,890	\$8,787
Ingreso anual	\$30,120	\$40,880	\$51,640	\$62,400	\$73,160	\$83,920	\$94,680	\$105,440

Por casa miembro adicional del hogar, añada \$10,760 para ingresos anuales o \$897 para ingreso mensual

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Dirección	Numero de apartamento	Ciudad	Código postal	Número de teléfono

Nombre	Edad ( marque con un circulo)	genero	Raza/ etnicidad (marque con un circulo) A=Asiático, B=Negro, H=Hispano, N=Nativo Americano, O=Otro, W=blanco, T=2 o mas	¿Dirección verificado?
--------	-------------------------------	--------	---	------------------------

### RECEPTOR:

	0-6	7-12	13-18	19-54	55-74	75+	M	F	A	B	H	N	O	W	T	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
--	-----	------	-------	-------	-------	-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------------------	-----------------------------

### Miembros adicionales del hogar (use formularios adicionales si es necesario):

	0-6	7-12	13-18	19-54	55-74	75+	M	F	A	B	H	N	O	W	T
	0-6	7-12	13-18	19-54	55-74	75+	M	F	A	B	H	N	O	W	T
	0-6	7-12	13-18	19-54	55-74	75+	M	F	A	B	H	N	O	W	T
	0-6	7-12	13-18	19-54	55-74	75+	M	F	A	B	H	N	O	W	T
	0-6	7-12	13-18	19-54	55-74	75+	M	F	A	B	H	N	O	W	T
	0-6	7-12	13-18	19-54	55-74	75+	M	F	A	B	H	N	O	W	T
	0-6	7-12	13-18	19-54	55-74	75+	M	F	A	B	H	N	O	W	T
<b>TOTALS:</b>															

Form completed by: Agency Name: \_\_\_\_\_ Office Use Only: \_\_\_\_\_ Entered into Data Base (Date): \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_

Revised 9-27-2024