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

Canasta de comida para día festivo

2026

¿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	$2,660	$3,607	$4,553	$5,500	$6,447	$7,393	$8,340	$9,287
Ingreso anual	$31,920	$43,280	$54,640	$66,000	$77,360	$88,720	$100,080	$111,400

Por casa miembro adicional del hogar, añada $11,360 para ingresos anuales o $946 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	☐ YES	☐ 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		
TOTALS:																	

Form completed by: Agency Name:_____ **Office Use Only__:** Entered into Data Base (Date):_____ By:_____

Revised 10-15-2026