



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

# Canasta de comida para día festivo

# 2022

¿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 colaboradoras 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
<b>Ingreso mensual</b>	\$2,265	\$3,052	\$3,838	\$4,625	\$5,412	\$6,198	\$6,985	\$7,772
<b>Ingreso anual</b>	\$27,180	\$36,620	\$46,060	\$55,500	\$64,940	\$74,380	\$83,820	\$93,260
Por casa miembro adicional del hogar, añada \$9,440 para ingresos anuales o \$787 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?
--------	-------------------------------	--------	---	------------------------

<b>RECEPTOR:</b>																	
	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

<b>Miembros adicionales del hogar (use formularios adicionales si es necesario):</b>																	
	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 10-13-2021

Lleve o envíe el formulario completado antes del 4 de diciembre a: Richard Goetsch, 510 Sunnyside Dr. Kansasville, WI 53139 o al Literacy Council, 734 Lake Av. Racine