



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

Canasta de comida para día festivo

2025

¿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	\$2,608	\$3,525	\$4,442	\$5,358	\$6,275	\$7,192	\$8,108	\$9,025
Ingreso anual	\$31,300	\$42,300	\$53,300	\$64,300	\$75,300	\$86,300	\$97,300	\$108,300

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	☐ 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 10-10-2025

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