



RIVER VALLEY REGIONAL FOOD BANK

A PROGRAM OF THE CRAWFORD - SEBASTIAN COMMUNITY DEVELOPMENT COUNCIL

Nombre:

DIRECCIÓN:

Condado:

Número de teléfono:

Entiendo que para recibir alimentos del USDA de los programas de alimentos TEFAP y/o CSFP debo proporcionar una identificación y prueba de residencia.

Sí No

Entiendo que para recibir alimentos del USDA de los programas de alimentos TEFAP y/o CSFP debo declarar con precisión los ingresos y el tamaño de mi hogar para determinar la elegibilidad en estos programas:

Sí No

Entiendo que declarar y/o proporcionar CUALQUIER información personal adicional es estrictamente voluntario y no es un requisito para recibir alimentos del USDA.

Sí No

Doy mi consentimiento para proporcionar esta información adicional fuera de los requisitos del Programa.

Sí No

Firma del cliente/Fecha

__ Coordinador del sitio/Fecha

Afiliación a EFO

Somos ún proveedor de igualdad de oportunidades

INFORMACIÓN DEL JEFE DE HOGAR

NOMBRE DE PILA: _____ APELLIDO: _____

Fecha de nacimiento: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: CÓDIGO POSTAL: _____ CONDADO: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ CELDA O CASA (CIRCULE UNO)

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

GÉNERO: MASCULINO FEMENINO

ETNICIDAD: AFROAMERICANO : ASIÁTICO : CAUCASIÓN

: MEDIO ORIENTE : NATIVO AMERICANO : HISPANO :

OTRO

EDUCACIÓN: UNIVERSIDAD : GRADUADO DE ESCUELA SECUNDARIA :

ESCUELA SECUNDARIA – INCOMPLETA

EMPLEO: TIEMPO COMPLETO : TIEMPO PARCIAL : DESEMPLEADO :

JUBILADO

ESTADO CIVIL: CASADO : SOLTERO : DIVORCIADO

: VIUDA

BENEFICIOS GUBERNAMENTALES RECIBIDOS: CUPONES PARA ALIMENTOS :

MEDICAID : MEDICARE : SEGURO SOCIAL :

BENEFICIOS PARA VETERANOS : WIC

~~OTRO (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)~~: EN RIESGO DE SER

SIN HOGAR : DISCAPACITADO : SIN HOGAR

INGRESOS: QUÉ TIPO DE INGRESOS _____

MONTO MENSUAL DEL HOGAR _____

GASTOS: ALQUILER/HIPOTECA: SERVICIOS PÚBLICOS _____ : TELÉFONO _____

INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

MIEMBRO 1:

NOMBRE DE PILA: _____ APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ Relación: _____

GÉNERO: MASCULINO : MUJER

ETNICIDAD: AFROAMERICANO : ASIÁTICO : CAUCASIÓN

: MEDIO ORIENTE : NATIVO AMERICANO : HISPANO :

OTRO

MIEMBRO 2:

NOMBRE DE PILA: _____ APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ Relación: _____

GÉNERO: MASCULINO : MUJER

ETNICIDAD: AFROAMERICANO : ASIÁTICO : CAUCASIÓN

: MEDIO ORIENTE : NATIVO AMERICANO : HISPANO :

OTRO

MIEMBRO 3:

NOMBRE DE PILA: _____ APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ Relación: _____

GÉNERO: MASCULINO : MUJER

ETNICIDAD: AFROAMERICANO : ASIÁTICO : CAUCASIÓN

: MEDIO ORIENTE : NATIVO AMERICANO : HISPANO :

OTRO

MIEMBRO 4:

NOMBRE DE PILA: _____ APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ Relación: _____

GÉNERO: MASCULINO : MUJER

ETNICIDAD: AFROAMERICANO : ASIÁTICO : CAUCASIÓN

: MEDIO ORIENTE : NATIVO AMERICANO : HISPANO

OTRO

MIEMBRO 5:

NOMBRE DE PILA: _____ APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ Relación: _____

GÉNERO: MASCULINO : MUJER

ETNICIDAD: AFROAMERICANO : ASIÁTICO : CAUCASIÓN

: MEDIO ORIENTE : NATIVO AMERICANO : HISPANO

OTRO

FORMULARIO DE PODER

AUTORIZADO PARA RECOGER

REPRESENTANTE 1:

FECHA: _____

NOMBRE: _____

REPRESENTANTE 2:

FECHA: _____

NOMBRE: _____

REPRESENTANTE 3:

FECHA: _____

NOMBRE: _____