



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 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 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

INFORMACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA

NOMBRE DE PILA: _____ APELLIDO: _____

Fecha de nacimiento: _____

DIRECCIÓN: _____

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

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ CELULAR O CASA (MARQUE UNA)

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

GÉNERO: MASCULINO FEMENINO

ETNICIDAD: AFROAMERICANO : ASIÁTICO : CAUCÁSICO

: ORIENTE MEDIO : NATIVO AMERICANO : HISPANO

OTROS

EDUCACIÓN: UNIVERSIDAD : GRADUADO DE LA ESCUELA SECUNDARIA

ESCUELA SECUNDARIA – INCOMPLETA

EMPLEO: TIEMPO COMPLETO : TIEMPO PARCIAL : DESEMPLEADO

JUBILADO

ESTADO CIVIL: CASADO : SOLTERO : DIVORCIADO

:VIUDA

BENEFICIOS GUBERNAMENTALES RECIBIDOS: CUPONES DE ALIMENTOS

MEDICAID : MEDICARE : SEGURO SOCIAL

BENEFICIOS PARA VETERANOS : WIC

OTRO (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN): EN RIESGO DE SER

SIN HOGAR : DISCAPACITADOS : SIN HOGAR

INGRESOS: ¿QUÉ TIPO DE INGRESOS? _____

IMPORTE MENSUAL DEL HOGAR \$ _____

IMPORTE DEL GASTO: ALQUILER/ \$ _____ : UTILIDADES \$ _____ : TELÉFONO \$ _____

HIPOTECA

INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

MIEMBRO 1:

NOMBRE DE PILA: _____ APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ Relación: _____

GÉNERO: MASCULINO : MUJER

ETNICIDAD: AFROAMERICANO : ASIÁTICO : CAUCÁSICO

: ORIENTE MEDIO : NATIVO AMERICANO : HISPANO

OTROS

MIEMBRO 2:

NOMBRE DE PILA: _____ APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ Relación: _____

GÉNERO: MASCULINO : MUJER

ETNICIDAD: AFROAMERICANO : ASIÁTICO : CAUCÁSICO

: ORIENTE MEDIO : NATIVO AMERICANO : HISPANO

OTROS

MIEMBRO 3:

NOMBRE DE PILA: _____ APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ Relación: _____

GÉNERO: MASCULINO : MUJER

ETNICIDAD: AFROAMERICANO : ASIÁTICO : CAUCÁSICO

: ORIENTE MEDIO : NATIVO AMERICANO : HISPANO

OTROS

MIEMBRO 4:

NOMBRE DE PILA: _____ APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ Relación: _____

GÉNERO: MASCULINO : MUJER

ETNICIDAD: AFROAMERICANO : ASIÁTICO : CAUCÁSICO

: ORIENTE MEDIO : NATIVO AMERICANO : HISPANO

OTROS

MIEMBRO 5:

NOMBRE DE PILA: _____ APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ Relación: _____

GÉNERO: MASCULINO : MUJER

ETNICIDAD: AFROAMERICANO : ASIÁTICO : CAUCÁSICO

: ORIENTE MEDIO : NATIVO AMERICANO : HISPANO

OTROS

FORMULARIO DE PODER

AUTORIZADO PARA RECOGER

PODER 1:

FECHA DE HOY: _____

NOMBRE: _____

PODER 2:

FECHA DE HOY: _____

NOMBRE: _____

PODER 3:

FECHA DE HOY: _____

NOMBRE: _____