



Formulario de Elegibilidad

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN : _____

CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

NÚMERO DE TEL: _____ NUMERO DE CELULAR _____

ESCRIBA A CONTINUACIÓN LOS MIEMBROS DE SU HOGAR.

NOMBRE (PLEASE PRINT)	FECHA DE NACIMIENTO	GENERO	VETERANO S/N
1.		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
2.		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
3.		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
4.		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
5.		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
6.		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
7.		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
8.		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
9.		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
10.		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	

Por favor indique a continuación su situación de emergencia :

Por favor indique la prueba de su actual participación. Debe de guardar el numero del caso o documento que se muestra a continuación :

- Sello del programa de comida (SNAP) _____
- Asistencia temporal a la familia necesitada (TANF) _____
- Ingreso de seguridad suplementario _____
- Residencia en viviendas publicas _____
- Programa de asistencia en bajo ingreso de energía _____

Si el cliente no tiene como probar su participación en algunos de los programas ya mencionados el o ella debe de llenar y firmar su propia declaración de ingresos, mostrar el monto total de los miembros de la familia, Si los ingresos están bajo un 150% (TN) or 130% (MS) del actual ingreso de USDA(escala de integrantes que son elegibles.

*Traducido por Darsalud Care, PLLC / as translated by Darsalud Care, PLLC

Marque con x la calificación de uso de distribución USDA:

- Mensual
- Bi-mensual
- Trimestral

Si este formulario es usado para determinar También la elegibilidad, el aplicante debe declarar sus ingresos o mostrar prueba de su participación en una de las siguientes pruebas del significado del programa: SNAP (Sello de comida), Familia primero (FF), ingreso de seguridad suplementarios (SSI), Asistencia de programa para bajos ingresos de energía (LP), o residencia en viviendas publicas documentadas(PH).

Representante : Si el aplicante muestra prueba de su participación en una de las pruebas del significado del programa mencionadas anteriormente, el representante debe de escribir el código en su columna apropiada usando uno de los siguientes códigos del programa: SNAP, FF, SSI, LP, or PH.

Ingreso total de la casa : \$ _____ Anual Mensual Semanal

Política de privacidad (Resumen)

1. Leyendo en resumen este documento que no es subtítulo de leer el Pantry Trak de la política privada en lleno..
- 2.El banco de comida, Food Pantries y otros proveedores de servicios que usan el sistema, deberán de estar de acuerdo con los términos y condiciones de un acuerdo de suscripción de servicios que incluye la adherencia a la política de privacidad.
3. El conocimiento de la política de privacidad que informa que datos personales serán colectados en conjunto de solicitud de servicios.
4. Datos personales pueden incluir pero no limitarse a : (a) Nombre y apellido, (b) Dirección de domicilio, (c) Fecha de nacimiento/Edad (d) correo electrónico, (e) Numero de teléfono , (f) Información de ingresos, (g) Información de empleo, y (h) Miembros de la familia , y/o información de dependientes.
5. Sus datos personales no serán vendidos por propósito del negocio directo.
6. Las políticas de privacidad están sujetas a cambio en cualquier momento: la versión mas actual puedes encontrarla en www.pantrytrak.com/privacy

Declaro que la información y los ingresos mencionados son ciertos y correctos, que recibí asistencia de alimentación, que otro miembro de mi casa que no haya aplicado para recibir comida durante esta distribución. Yo entiendo que la venta o cambio de esta comida esta prohibida.

FIRMA DEL ENCARGADO DE LA FAMILIA _____ **FECHA** _____

ESTE PROGRAMA ESTA DISPONIBLE PARA TODO AQUEL QUE SEA ELEGIBLE SIN IMPORTAR EL COLOR, NACIONALIDAD, EDAD, GENERO U ORIENTACIÓN SEXUAL O DISCAPACITADO.

*Traducido por Darsalud Care, PLLC / as translated by Darsalud Care, PLLC