

USO DE OFICINA SOLAMENTE

___/___/___ FB Rep: ___ | In- Person: ___ Homebound: ___ | Rcvd Food Today: ___ | Update Tabs: Gen Info ___ PU ___ Cert ___
 Date Applied Initial after each Tab has been updated in the computer.

BANCO DE ALIMENTOS DE FORT BRAGG PARTICIPANTE APLICACION

Apellido	Nombre			Fecha da Nacimiento
Direccion	Ciudad	Estado	Codigo Postal	Numero de Telefono
Número total de personas en hogar: _____ # Edad 0-17: _____ # Edad 18-59: _____ # Edad 60+: _____				
Ingreso mensual total: \$ _____ (Entre en el cero, si ninguno)				

LISTA DE TODOS LOS OTROS MIEMBROS DEL HOGAR

Nombre	Fecha de Nacimiento	La Relacion	Autorizada para Recoger
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Tiene Empleo? Si ___ No ___ Sin Hogar? Y ___ N ___ ¿Recibe Cupones para Alimentos? Si ___ No ___
Origen Etnico: (Opcional): Eres Hispano o Latino? Si: ___ No: ___
Cual es su raza? (Opciona): Blanco: ___ Nativo Americano/Alaska: ___ Negro: ___ Asiatico: ___ Hawaiian/Pacific Islander: ___
 Other: _____

Conformidad con la Ley Federal esta organización no discrimina por raza, color, origen nacional, sexo, edad, religión, creencias políticas o discapacidad.

Descargo de Responsabilidad

Estoy aplicando para recibir alimento desde el Banco de alimentos. Este alimento se usará sólo si aptos para el consumo humano. Este alimento es aceptado "tal" cual. Mendocino de alimentos y nutrición programa, Inc., con donante original, renuncia de idoneidad para un uso en particular. Les libero de cualquier responsabilidad derivada de la condición de los alimentos. El representante del Banco de alimentos me ha explicado que el Banco de alimentos trata de dar comida, sino que debo estar seguro de que los alimentos no se echa a perder antes de comer o dárselo a nadie a comer. No vender ni ofrecer este alimento para la venta. He sido informado de las directrices de nivel de ingresos máximo EFAP. Yo certifico que mi ingreso está por debajo de esas directrices. Yo entiendo que esta copia se conserva en la oficina del Banco de alimentos y cubre la responsabilidad para cualquier momento después de esto que vengo en, así como esta vez. He leído la "renuncia" anterior, o un representante del Banco de alimentos ha leído este documento, y entiendo el contenido. Si mis ingresos o medios de subsistencia cambian, notificaré el Banco de alimentos dentro de 30 días de esos cambios. Al firmar esta solicitud, reconozco que he leído y entiendo el contenido, e información que he suministrado es cierto. Cumpliré con los requisitos del Banco de alimentos.

Maximo Ingreso Mensual

Tamano del Hogar	Ingreso mensual total
1	\$1,508
2	\$2,030
3	\$2,553
4	\$3,075
5	\$3,598
6	\$4,120
7	\$4,643
Mas de 7	Agregar \$523 Cada

Firma del Solicitante

Fecha