

# Galveston County Food Bank

## Formulario de Inscripción para Individuos / Familias

Forma C

Favor de responder a todas las preguntas de manera que podamos servirle mejor. Esta información no será compartida con ninguna otra agencia o entidad otra que el Galveston County Food Bank para razones de reportaje.

**DOCUMENTACION DEL CLIENTE** (el cliente puede llenar este)

Fecha de Inscripción: \_\_\_\_\_

Esta usted sin hogar:  Si  No

Si la respuesta es no, llenar la información de domicilio

<b>Su Nombre</b>	
<b>Su Domicilio</b>	
<b>Ciudad/Estado/Código Postal/Condado</b>	
<b>Teléfono</b>	

Cuantas personas viven en su hogar:  Es usted cabeza de familia: 

Si		No	
----	--	----	--

Es usted:

Africano-Americano		Asiático		Anglo-Sajón		Hispano		Indígena		Otro	
--------------------	--	----------	--	-------------	--	---------	--	----------	--	------	--

Cuantas personas en su hogar son de las siguientes edades (favor de poner el número en cada caja)

0-17 años:		18-64 años:		64 y mayor:	
------------	--	-------------	--	-------------	--

¿Su familia recibe alguna forma de asistencia? 

Si		No	
----	--	----	--

Si la respuesta es si, indique cuales con una X.

Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF/AFDC)		Estampillas de comida	
SSI		Medicaid	
CHIP		WIC	

Los ingresos totales (antes de deducciones) para todos los miembros del hogar son:

Los ingresos totales	\$		Por Año		Por Mes		Por Semana	
----------------------	----	--	---------	--	---------	--	------------	--

¿Hubo alguna situación de emergencia que causo la falta de comida? Si  No

Si la respuesta es si, describa esta situación: \_\_\_\_\_

**Firma de cliente** (es necesario que cada cliente este presente la primera vez que reciben asistencia)

**Fecha**

*Certifico que soy miembro del hogar descrito arriba y como representante de este hogar he aplicado para productos del USDA. Certifico que toda la información tocante a mi hogar es verdadera según mi conocimiento. Designo además la siguiente persona como representante de mi hogar y certifico que su información es correcta según mi conocimiento. El individuo con el firma abajo es responsable de recibir asistencia en nombre del cliente cada distribución hasta la fecha de re-certificación*

**\*\*Esta información no le prohibirá que usted reciba productos del USDA\*\***

<b>Nombre de Representante Autorizado:</b>	<b>Domicilio de Representante Autorizado:</b>
--	---

De acuerdo con la ley federal y poliza de USDA, esta institución tiene prohibido la discriminación basándose en la raza, color, origen nacional, sexo, edad, o discapacidad. Si Usted ha sido discriminado, deberá escribir a USDA, Director, Office of Adjudication and compliance, 1400 Independence Ave. SW, Washington D.C. 20250-9410 o llame 1-202-260-1026, 1-866-632-9992 (llamada gratis) o 1-202-401-0215 (TDD), USDA es proveedor de igualdad de oportunidades.

**AGENCY DOCUMENTATION (not in Spanish because agency fills out)**

Family Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

- Household is INELIGIBLE:** (clients denied USDA products should be referred to the SAFB for review)
  - Income level over 185% listed on Income Guidelines
  - Is not an emergency situation and does not meet any other criteria
  - Other: \_\_\_\_\_

- Household is ELIGIBLE based on:**
  - Low Income** (Enter certification period below; sign and date the form at the bottom)
  - Emergency Food Need** (Describe emergency need in "Comments" section; enter "Certification Period;" sign and date the form. Clients in this category may receive assistance up to 6 months unless another emergency can be documented. )
  - Receipt of TANF/AFDC** (Enter the "Certification Period;" sign and date the form.)
  - Receipt of Food Stamps** (Enter "Certification Period;" sign and date the form.)
  - Receipt of SSI** (Enter the "Certification Period;" sign and date the form.)
  - Receipt of Medicaid** (Enter the "Certification Period;" sign and date the form.)

**Certification Period:** Start Date: \_\_\_\_\_ End Date: \_\_\_\_\_

**Comments:**

Agency Staff Initials: \_\_\_\_\_ Revisit this form on: \_\_\_\_\_

*Please have client sign every time they come receive assistance  
 (if you have another form for this that is fine, but you must keep all documentation accessible and together)*

Date	Signature of Client (by client)