

Bendición Casa Food Pantry  
 Agencia Formulario de Admisión de Cliente  
 La certificación de elegibilidad para asistencia alimentari

Nombre \_\_\_\_\_ Numero de pesonas en el hogar \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Número telefónico \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

A continuación se muestra un ingreso bruto anual para cada tamaño de la familia. Si su ingreso familiar está en o por debajo de los ingresos que figuran para el número de personas en su hogar, usted es elegible para recibir alimentos. La tabla de abajo es eficaz 1 julio 2014 hasta 30 junio 2015 y refleja un 185% por encima de las pautas federales de pobreza.

El tamaño del hogar	Renta anual	Ingresos mensuales	Ingresos semanales
1	\$21,590.00	\$1,799.00	\$415.00
2	\$29,101.00	\$2,485.00	\$660.00
3	\$36,612.00	\$3,051.00	\$704.00
4	\$44,123.00	\$3,677.00	\$849.00
5	\$51,634.00	\$4,303.00	\$993.00
6	\$59,145.00	\$4,929.00	\$1,137.00
7	\$66,656.00	\$5,555.00	\$1,282.00
8	\$74,167.00	\$6,181.00	\$1,426.00
Para cada miembro de la familia complemento adicional:	\$7,511.00	\$626.00	\$144.00

Usted es elegible para recibir alimentos si su hogar cumple con los requisitos de ingresos por encima o participa en alguna de las siguientes programas. Por favor, coloque una marca en el espacio junto a la categoría que se aplica:

- \_\_\_\_\_ Elegibilidad de ingresos
- \_\_\_\_\_ Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
- \_\_\_\_\_ Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) (FKA Cupones de Alimentos)
- \_\_\_\_\_ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- \_\_\_\_\_ Medicaid

Por favor lea la siguiente declaración cuidadosamente y luego firmar el formulario y escribir en la fecha de hoy. Sólo tiene que cumplir uno de estos requisitos para ser elegible para recibir alimentos.

*Certifico que mis ingresos familiares brutos anual es igual o inferior a los ingresos que figuran en este formulario para los hogares con el mismo número de personas o que participo en el programa (s) que he comprobado en este formulario. Los funcionarios del programa pueden verificar lo que he certificado para ser verdad. Entiendo que hacer una certificación falsa puede resultar en la terminación de distribución de alimentos*

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**ESTE CERTIFICADO ES VÁLIDO PARA UN PERIODO DE 3 MESES y puede ser renovado según sea necesario. Cualquier cambio en las circunstancias de la familia deben ser reportados a este organismo distribuidor inmediatamente.**

**Agency Use Only**

- |   |   |
|---|---|
| 1. _____ TANF (Temporary Assistance for Needy Families)   | 4. _____ WIC (Women Infants and Children)             |
| 2. _____ SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program) | 5. _____ Medicaid                                     |
| 3. _____ SSI *Supplemental Security Income)               | 6. _____ Low Income (per USDA Eligibility Guidelines) |

**Proof of residency/income documentation provided:**

\_\_\_ Drivers License    \_\_\_ Benefit Letter    \_\_\_ Benefit ID    \_\_\_ Pay Stub    Other \_\_\_\_\_

*Bendición Casa Food Pantry  
 Agencia Formulario de Admisión de Cliente  
 La certificación de elegibilidad para asistencia alimentaria  
 Página - 2*

Nombre Agencia \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Nueva Certificación Cliente** \_\_\_ **Cliente Re-Certificación** \_\_\_ **Identificación del cliente #** \_\_\_\_\_

**Hogar Información:**

Número total de miembros del hogar (menores de 18 años) \_\_\_\_\_ Número total de miembros del hogar (más de 18 años) \_\_\_\_\_  
 Número total de miembros del hogar (más de 65 años de edad) \_\_\_\_\_

Nombre	Relación con HOH	Fecha De Nacimiento	Monto Ingresos (mensual)

El cliente que suscribe certifica que la información / respuestas dadas son completas y verdaderas. Además, acepta lo siguiente:

1. **Se proporcionan alimentos sobre una base primero en llegar, primero servido y yo renuncie esta despensa de alimentos y el Wallace Primera Asamblea de Dios de toda responsabilidad de cualquier naturaleza y aceptar la comida "TAL CUAL" y bajo mi propio riesgo.**
2. **No hay garantía de que la cantidad o tipo de producto determinado alimento.**
3. **Usted no va a vender los alimentos o productos no alimenticios o intercambio / trueque de alimentos o productos no alimenticios para los servicios.**
4. **Está prohibido comportamiento inapropiado, como la blasfemia, tirar basura, abuso verbal de personal o cualquier otro comportamiento perturbador. Cualquier tipo de comportamiento puede resultar en la suspensión o terminación de sus privilegios en esta despensa de alimentos.**

**CLIENTE FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_