



San Antonio Food Bank
Formulario de Inscripción para Individuos / Familias **Form C**

Favor de responder a todas las preguntas de manera que podamos servirle mejor. Esta información no será compartida con ninguna otra agencia u entidad otra que el Banco de Comida de San Antonio 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

| | |
|----------------------------------|--|
| Su Nombre | |
| Su Domicilio | |
| Ciudad/Estado/Zip/Condado | |
| Teléfono | |

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

| | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|

Es usted:

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

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

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|------------|--|-------------|--------------------------|-------------|--|-------------|--|
| 0-5 años: | | 6-18 años: | | 19-40 años: | | 41-59 años: | | 60 y mayor: | |
| # de Hombres en el Hogar | | | | | # de Mujeres en el Hogar | | | | |

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

| | | | | | | | | | |
|------------------|--|---|--|-------------------|--|----------------------------------|--|------------------------------------|--|
| Personas Mayores | | Personas Con Discapacidad física | | Victimas de abuso | | Personas con discapacidad mental | | Personas con enfermedades crónicas | |
| Sin Hogar | | Militares (veteranos, jubilados, activos, reservista) | | | | Otros: (especifique) | | | |

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

| | |
|---|--|
| Nombre de Representante Autorizado | Domicilio de Representante Autorizado |
| | |

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados, y solicitantes de empleo a base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales). Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico aprogram.intake@usda.gov. Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla que deseen presentar sea una queja de EEO (Igualdad de Oportunidades en el Empleo) o del programa, por favor contacte al USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio Federal de transmisión) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (en español). Las personas con discapacidades que deseen presentar una queja del programa, por favor vea la información anterior acerca de cómo contactarnos directamente por correo postal o por correo electrónico. Si necesita medios alternativos de comunicación para obtener información acerca del programa (Braille, caracteres grandes, cinta de audio, etc.) por favor contacte al Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TDD). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece 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) |
|------|---------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados, y solicitantes de empleo a base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, repesalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales). Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.usda.gov/complaint_filing_cust.html) (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet en http://www.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico aprogram.intake@usda.gov. Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla que deseen presentar sea una queja de EEO (Igualdad de Oportunidades en el Empleo) o del programa, por favor vea la información anterior acerca de cómo contactarnos directamente por correo postal o por correo electrónico. Si necesita medios alternativos de comunicación para obtener información acerca del programa (Braille, caracteres grandes, cinta de audio, etc.) por favor contacte al Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TDD). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.