**Almacén de Comida Comunitario de Sudbury**

 **Formulario de ingreso**

Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero de Cliente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Primer y Segundo Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Cuidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 🞏 Dirección verificada 🞏 Fecha de Nacimiento verificado

Adicional miembros de familia

Primer Nombre Apellido Año de nacimiento Relación

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sobre 64 ańos\_\_\_\_\_ Abajo de 18 ańos \_\_\_\_\_ Numero de familiares\_\_\_\_\_\_ Veterano\_\_\_\_

Preferido Idioma:

🞏 Ingles (1) 🞏 Español (2) 🞏 Portugués (3) 🞏 Otro (4) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por este medio certifico que ni yo o otros miembros de mi familia se han registrado con el Almacén de Comida Comunitario de Sudbury desde Julio 3, 2012 y que toda la información dada por mi es verdadera y correcta según mi conocimiento. Entiendo que si alguna de esta información es falsa resultara en la prohibición de este Almacén de Comida.

Firma of Cliente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del entrevistador\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información Requerida por el USDA**

Si usted recibe algunos de estos servicos o su ingreso bruto esta debajo de las pautas de asistencia de combustible, es elegible para recibir USDA food. Marque las cajas de los servicios que has recibido.

🞏 WIC 🞏 Welfare 🞏SSI 🞏Fuel Assistance 🞏 Food Stamps 🞏 Veterans Aid

🞏 Head Start 🞏AFDC

¿Su ingreso bruto cumple con las pautas de asistencia de combustible? 🞏 Si 🞏 No

Aquí declaro mi elegibilidad para recibir USDA food. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (firme aqui)