

Brazos Valley Food Bank

Solicitud de Productos Básicos Donados por el USDA

Solicitud - debe llenarla un miembro de la unidad familiar

DOCUMENTACIÓN DEL CLIENTE

Fecha: _____

**** ¿Estás sin hogar??** **Sí** **No** *Si no, complete la parte de la dirección del formulario.*

Información Del Hogar:

| | | | |
|---|--|----------------------------|--|
| NOMBRE COMPLETO | | FECHA DE NACIMIENTO | |
| DIRECCIÓN | | | |
| CIUDAD/ ESTADO CÓDIGO POSTAL | | | |
| TELÉFONO | | | |

****Cuántas personas viven en su casa (incluyéndose a usted):** _____

Enumerar fechas de nacimiento (debe incluir fechas de nacimiento para todos los miembros del hogar, incluido usted)

| CADA NOMBRE DE MIEMBRO DEL HOGAR | FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/YYYY) |
|---|---|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |
| 6. | |
| 7. | |

**** ¿Eres el cabeza de la casa? SI / NO**

****Es usted? (CIRCULA UNO)**

| | | | | | |
|---------------|----------|--------|---------|------------------|------|
| Afroamericano | Asiático | Blanco | Hispano | Nativo Americano | Otro |
|---------------|----------|--------|---------|------------------|------|

****Marca toda asistencia que su hogar recibe:**

| | | | |
|--|--|--|--|
| Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF / AFDC) | | Programa de ayuda suplementar de la nutrición (SNAP) | |
| Programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) | | Medicaid | |
| CHIP | | WIC | |

****Sueldo Totales* (la cantidad antes de las deducciones) de todos los miembros de la unidad familiar son:**

| | | | | |
|----------------|----|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| Sueldos Brutos | \$ | Por Año <input type="checkbox"/> | Por Mes <input type="checkbox"/> | Por Semana <input type="checkbox"/> |
|----------------|----|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|

**** ¿Hubo una situación de emergencia que hizo que necesitaras comida?** **Sí** **No**

| | |
|--|--|
| <i>Si es así, por favor indique la situación</i> | |
|--|--|

****FIRMA del miembro** _____ **Fecha** _____

Al firmar, certifico que: (1) soy miembro de la unidad familiar que vive en la dirección que se da en la Sección II, y que solicito en nombre de la unidad familiar los productos básicos donados por el Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) y distribuidos por el Programa de Texas de Asistencia con Productos Básicos, (2) toda la información que le he dado al departamento que determinará si mi unidad familiar llena los requisitos del programa, es, a mi leal saber y entender, verdadera y correcta y (3) si es pertinente, la información presentada por el "representante autorizado" de la unidad familiar (como se asigna abajo o como se autoriza en otra hoja) también es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.