

14 **Nombre y apellido**

Número de teléfono

Fecha de Nacimiento Mes/día/año **Edad (en años)**
 __ / __ / ____

Sexo Masculino Femenino Otro
 Raza Afroamericano Hispano Blanco Otro

Relación de la persona con usted
 (por ejemplo, hijo, cónyuge,
 compañero de habitación)

Veterano? S N **SSN (optional)**
 ____ - ____ - ____

15 **Nombre y apellido**

Número de teléfono

Fecha de Nacimiento Mes/día/año **Edad (en años)**
 __ / __ / ____

Sexo Masculino Femenino Otro
 Raza Afroamericano Hispano Blanco Otro

Relación de la persona con usted
 (por ejemplo, hijo, cónyuge,
 compañero de habitación)

Veterano? S N **SSN (optional)**
 ____ - ____ - ____

16 **Nombre y apellido**

Número de teléfono

Fecha de Nacimiento Mes/día/año **Edad (en años)**
 __ / __ / ____

Sexo Masculino Femenino Otro
 Raza Afroamericano Hispano Blanco Otro

Relación de la persona con usted
 (por ejemplo, hijo, cónyuge,
 compañero de habitación)

Veterano? S N **SSN (optional)**
 ____ - ____ - ____

***Continúe completando esta solicitud en la página siguiente.**

**Firme a continuación si está solicitando ayuda de la
Galveston County Food Bank ↴**

X _____

Fecha _____

Firma del cliente (el cliente debe estar presente para la entrevista inicial y la asistencia alimentaria)

Certifico que soy miembro del hogar mencionado anteriormente y que, en nombre de este hogar, he solicitado productos del USDA. Certifico que toda la información sobre mi hogar es verdadera según mi leal saber y entender. También designo a la siguiente persona como representante autorizado de mi hogar y certifico que su información es correcta según mi leal saber y entender. El representante autorizado puede retirar el producto para el cliente hasta que sea necesaria una nueva certificación...

Nombre del representante autorizado: (no el nombre del miembro de la familia, la única persona que actúa en su nombre)

Dirección de los representantes autorizados:

Declaración de no discriminación: De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA por:

1) Correo electrónico: Departamento de Agricultura de los EE. UU. Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles 1400 Independence Avenue, SW (2) fax: (202) 690-7442; o (3)

Correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Para Ser Completado por el personal

Documentation de la Agencia - Elegibilidad para GCFB

El hogar es elegible basado en...	El hogar no es elegible...
<input type="checkbox"/> Ingreso bajo <input type="checkbox"/> Recepción de TANF/AFDC (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas/Asistencia para Familias con Niños Dependientes) <input type="checkbox"/> Recepción de SNAP (cupones de alimentos) <input type="checkbox"/> Recepción de SSI (Ingreso Suplementario de Seguridad) <input type="checkbox"/> Recepción de Medicaid <input type="checkbox"/> Necesidad de alimentos de emergencia ☐	<input type="checkbox"/> Nivel de ingresos superior al 185% indicado en las Directrices Anuales de Ingresos <input type="checkbox"/> No es una situación de emergencia y no cumple con ningún otro criterio <input type="checkbox"/> Otro: * Los clientes a quienes se les nieguen productos del USDA deben ser referidos a la HFB para su revisión.

Si es 'necesidad de emergencia', por favor describa a continuación. Los clientes en esta categoría pueden ser atendidos no más de 6 meses, a menos que se pueda documentar otra emergencia. Comentarios sobre la necesidad de emergencia:

Si el hogar es elegible según los criterios anteriores ↴

Período de certificación: Fecha de inicio: _____

Fecha de finalización: _____

Iniciales del personal de la agencia: _____

Revisar formulario el: _____