FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA PROGRAMAS DE ALIMENTOS NO GUBERNAMENTALES

Información de admisión

Los clientes deben ser residentes del estado de Nueva Jersey

Fecha: _____ NOMBRE DE LA AGENCIA: __ BANCO DE ALIMENTOS: Banco de Alimentos Comunitario de NJ Nombre (Imprimir): _____

Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad y código postal: _____

Teléfono #: _____ Correo electrónico: _____

Número de adultos en el hogar: _____Número de niños menores de 18 años en el hogar: _____

MOTIVO DE CALIFICACIÓN (POR FAVOR, MARQUE CON UN CÍRCULO)

1. **TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas – Programa de Servicios Sociales)**
2. **SNAP/Cupones de alimentos - Se agotó/fue insuficiente Extraviado Robado No recibido**
3. **SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario) – NO SEGURO SOCIAL**
4. **WIC (Mujeres, Bebés y Niños)**
5. **MEDICAID**
6. **BAJOS INGRESOS (185% de la pobreza)- AUTODECLARACIÓN**
7. **DESASTRE (Otros: puede ser divorcio, violencia doméstica, gastos inusuales, pérdida de empleo, etc.)**

Por favor, explique: _____

Estoy aceptando una donación benéfica de alimentos y/o artículos no alimenticios de la Agencia mencionada anteriormente ("Agencia"). Por la presente, renuncio a la Agencia de toda responsabilidad de cualquier naturaleza y acepto los productos alimenticios "tal cual" y bajo mi propio riesgo. No venderé alimentos o no alimentos recibidos ni intercambiaré/intercambiaré alimentos o alimentos no alimenticios recibidos por servicios. Se prohíbe la blasfemia, tirar basura, el abuso verbal o físico del personal u otros vecinos y cualquier otro comportamiento perturbador. Entiendo que cualquier comportamiento de este tipo puede resultar en la suspensión o terminación de mis privilegios en esta Agencia.

"Certifico que el ingreso bruto anual total de mi hogar es igual o inferior al 185% del nivel de pobreza, O que mi hogar participa en el/los programa(s) que he marcado en este Formulario de Inscripción al Programa de Alimentos. También notificaré a la Agencia si hay cambios en mis ingresos o calificativos que puedan hacer que no sea elegible para la donación de alimentos".

FIRMA DEL CLIENTE _____ **F E C H A** : _____

Nombre del entrevistador: _____

De acuerdo con su contrato con el Banco de Alimentos mencionado anteriormente, esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles.