

PANTRY NAME:**For Pantry use only. Not for State or Federal Food****Aplicacion para Asistencia Temporal**

Nombre: _____ Numero de Identificacion: _____
 Direccion: _____ Numero de Telefono: _____
 Ciudad/Estado/Codigo Postal: _____ Fecha: _____
 Direccion Postal (si es diferente): _____ Comunidad Rural: _____
 Fecha Nacimiento Jefe de Familia: _____ Ingreso Mensual \$ - _____

Listar Miembros de la Familia:

Nombre	Relacion	Fecha Nacim.	Femenino	Masculino

Consumidor es: (circule uno)

Nuevo

Renovacion

Cambiar Informacion

Razon:	TEFAP DECLARACION DE NECESIDAD TOTAL INGRESO FAMILIAR - 2015-2016			
	Cantidad Miembros de Familia	Anual	Mensual	Semanal
<input type="checkbox"/> Emergencia	1	\$17,655	\$1,471	\$340
<input type="checkbox"/> Debajo de 150%	2	23,895	1,991	460
<input type="checkbox"/> Desempleado	3	30,135	2,511	580
<input type="checkbox"/> Otro _____	4	36,375	3,031	700
_____	5	42,615	3,551	820
_____	6	48,855	4,071	940
_____	7	55,095	4,591	1,060
_____	8	61,335	5,111	1,180
_____	<i>Por cada miembro adicional agregue:</i>	\$6,240	\$520	\$120

Esta Ud. actualmente recibiendo o ha recibido servicios de otro Food Pantry: SI _____ NO _____

De acuerdo con el Departamento Federal de la ley y Estados Unidos de la politica de la Agricultura, esta institucion se prohíbe con discriminar por la carrera, por el color, por el origen nacional, por el sexo, por la edad, o por la incapacidad.

Si usted se siente que usted ha sido discriminado contra, completa por favor El Programa (TEFAP) de Ayuda de Alimento de Emergencia Forma Civil de Queja de Discriminacion de Derechos y lo manda al Regional Civil Rights Director, USDA/FNS, 300 Corporate Boulevard, Robbinsville, NJ 08691-1598 o la USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue SW, Washington, DC 20250-9410 o la llamada 202-720-5964 (la voz y TDD).

Firma del Apicante: _____ Fecha: _____

Intake person's signature: _____ Fecha: _____