



Informacion General

Nombre completo: _____

Ultimo

Primero

M.I.

Direccion: _____

Calle Direccion (No P.O. Box)

Apt/Unidad#

Ciudad

Estado

Codigo Postal

Telefono: _____ Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: _____

Información sobre el mantenimiento de la casa (solicite otra hoja para personas adicionales)

ULTIMO NOMBRE	PRIMER NOMBRE	RELACION	FECHA DE NACIMIENTO

Acuerdo del Destinatario

- Los hogares son elegibles para recibir asistencia alimentaria si el ingreso bruto total del hogar NO excede el 185% del nivel federal de pobreza como se muestra en la tabla en la hoja de Información del nuevo cliente. One food bank account per address in supported areas: Maricopa, Stanfield, Eloy, Coolidge, or Arizona City.
 - Se DEBE presentar una tarjeta de banco de alimentos y una identificación con foto válida al momento del check-in. Los destinatarios sin identificación con foto NO podrán recibir alimentos. El nombre en la identificación presentada DEBE coincidir con el nombre en la cuenta
 - El nombre de uno de los miembros del hogar enumerados (18 años o mas)
 - El nombre de una persona aprobada identificada en la cuenta como autorizada a recoger alimentos.
- Su firma en este formulario es su aceptación de todas las declaraciones anteriores.

Firma del Destinatario

Fecha

Primary Recipient for official use only:

Intake Initials / Case ID: