

Brazos Valley Food Bank

Solicitud de Productos Básicos Donados por el USDA

Solicitud - debe llenarla un miembro de la unidad familiar

DOCUMENTACIÓN DEL CLIENT Fecha: _____

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

Información Del Hogar:

Nombre	
Dirección	
Ciudad Estado Código Postal	
Teléfono	

Cuántas personas viven en su casa (incluyéndose a usted): _____ **¿Eres el cabeza de la casa? (un círculo) Sí No**

**** 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.	

****Eres usted?**

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

Marca toda asistencia que su hogar recibe:

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

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

Ingresos Brutos	\$			Por Año		Por Mes		Por Semana	
-----------------	----	--	--	---------	--	---------	--	------------	--

¿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 de la unidad familiar _____ **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.

Opcional - Persona autorizada para actuar en nombre de la unidad familiar:

Nombre del representante autorizado	Dirección del representante autorizado
--	---

**** Esta información no lo inhibirá de recibir el producto USDA ****

-DO NOT WRITE BELOW THIS LINE. AGENCY OFFICIALS ONLY-

AGENCY DOCUMENTATION

- Household is INELIGIBLE:** (clients denied USDA products should be referred to the BVFB for review)
 - Income level over 185% listed on Annual Income Guidelines
 - Is not an emergency situation and does not meet any other criteria
 - Other: _____

- Household is ELIGIBLE based on:**
 - Low Income** (Enter certification period below; sign and date the form at the bottom)
 - Emergency Food Need** (Describe emergency need in "Comments" section; enter "Certification Period;" sign and date the form, clients in this category may be served no more than 6 months unless another emergency can be documented.)
 - Receipt of TANF/AFDC** (Enter the "Certification Period;" sign and date the form.)
 - Receipt of Food Stamps** (Enter "Certification Period;" sign and date the form.)
 - Receipt of SSI** (Enter the "Certification Period;" sign and date the form.)
 - Receipt of Medicaid** (Enter the "Certification Period;" sign and date the form.)

Certification Period: Start Date: _____	End Date: _____
--	-----------------

Comments:

Agency Staff Initials: _____

Revisit this form on: _____

***Nondiscrimination Statement:**

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA. Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English. To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

- 1) mail: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW
- (2) fax: (202) 690-7442; or
- (3) email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.