



FRANKLIN FOOD BANK

AGENCIA FORMULARIO DE ADMISIÓN



FECHA: _____ NUEVA CERTIFICACIÓN CLIENTE CERTIFICACIÓN CLIENTE

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

NOBRE DEL CLIENTE: _____

DIRECCIÓN DEL CLIENTE: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ CONDADO: _____

NÚMERO DE TELÉFONO _____ EMAIL: _____

DATOS DE LOS HOGARES Número total de miembros del hogar (mayores de 18) años _____

Número total de miembros del hogar (menores de 18 años) _____ Número total de miembros del hogar (más de 65 años) _____

NOMBRE	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN

El cliente que suscribe certifica que la información / respuestas proporcionadas son completa y verdadera . Además, acepta :

- Usted entiende que el Banco de Alimentos Franklin es para ser utilizado como un recurso de emergencia solamente y está destinada a complementar la asistencia o recursos adicionales que pueda recibir.
- Se proporcionan alimentos en un primer llegado , primer servido base y que implique el abandono del Banco de Alimentos de Franklin y el Banco de Alimentos de la Comunidad de Nueva Jersey de toda responsabilidad de cualquier naturaleza y aceptar la comida "tal cual " y bajo su propio riesgo .
- No hay garantía de que la cantidad o el tipo de alimento o de un producto dado .
- Usted no va a vender los productos alimentarios o no alimentarios o intercambio / trueque de alimentos o productos no alimenticios para los servicios .
- El comportamiento inadecuado como malas palabras , tirar basura, abuso verbal del personal o cualquier otro comportamiento disruptivo está prohibido. Cualquier tipo de comportamiento puede resultar en la suspensión o terminación de sus privilegios en el Banco de Alimentos de Franklin Food Bank

FIRMA DEL CLIENTE: _____ FECHA: _____

USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

<input type="checkbox"/> TANF (Temporary Assistance for Needy Families)	<input type="checkbox"/> WIC (Women Infants & Children)
<input type="checkbox"/> SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program)	<input type="checkbox"/> MEDICAID
<input type="checkbox"/> Ran out/insufficient <input type="checkbox"/> Lost <input type="checkbox"/> Stolen <input type="checkbox"/> Not Received	<input type="checkbox"/> DE BAJOS INGRESOS (per USDA Eligibility Guidelines)
<input type="checkbox"/> SSI (Supplemental Security Income)	<input type="checkbox"/> DESASTRE (ex. Divorcio, violencia doméstica , de gastos inusuales , desempleo repentino etc.)
Proof of residency/income documentation provided:	SIN HOGAR? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tiene Transportación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Driver's License <input type="checkbox"/> Benefits Letter	Client qualifies for:
<input type="checkbox"/> Benefit ID <input type="checkbox"/> Pay Stub	<input type="checkbox"/> SFPP <input type="checkbox"/> TEFAP <input type="checkbox"/> AGENCY PRIVATE PURCHASE
<input type="checkbox"/> Other _____	Verified by: _____
HAY VERTANOS RESIDEN EN EL HOGAR? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Date: _____