

KEYPORT FOOD PANTRY APLICACIÓN DEL CLIENTE
POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE Y
CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS

Fecha: _____ Recipiente ID # (asignado por el Keyport Food Pantry): _____

Referido al Keyport Food Pantry por: _____

¿Usted ha aplicado a otro donador voluntario de alimentos? – (Si/No): _____

Si su respuesta es “Si”, escriba el nombre: _____

¿Es usted Veterano o Esposo/a de un Veterano? – (Si/No) _____

Apellido: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Apto. # o Piso _____

Pueblo: _____

Zona postal: _____

Teléfono Casa o Celular: _____

Teléfono en caso de emergencia: _____

Su edad: _____

Nombre de Esposo/a si vive con usted: _____ Edad: _____

Otros adultos sobre la edad de 18 años de edad que viven con usted.

Marque (✓) si la persona es mayor de 62 años.

NO SE INCLUYA USTED O SU ESPOSA/O EN ESTA SECCION.

Nombre	Relación al solicitante	Sobre la edad de 62

Niños menores de 18 años de edad que viven con usted.

Primer Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (M o F)	Primer Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (M o F)

Razón por la que está aplicando. _____

Código de razones (Para Uso de la Agencia Solamente)
1. Ayuda temporera para familias en necesidad – (TANF)
2. Programa de estampillas de alimentos – (FSP)
3. Entrada de Seguro Suplemental – (SSI)
4. Programa de Mujeres, Infantes y Niños – (WIC)
5. MEDICAID
6. Entrada Elegible - directrices corriente del estado.
7. Desastre

(SIGUIENTE)

KEYPORT FOOD PANTRY APLICACIÓN DEL CLIENTE
POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE Y
CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS

Información Financiera:

¿Usted ha aplicado para ayuda del condado? Si/No _____ Si – de la fecha _____
 ¿Usted ha aplicado para Cupones de Alimentos? Si/No _____ Si – de la fecha _____

Si su respuesta es No a la ayuda del condado y/o Cupones de Alimentos de la razón por no aplicar. _____

Ingreso Total Mensualmente de su Familia (antes de impuestos o cualquier otras deducciones)	\$ _____
--	----------

Detalles de Ingresos	Cantidad o N/A*	Comentarios
¿Cual es el ingreso total <u>semanal</u> de todos que <u>trabajan</u> en su familia?	\$ _____	
¿Cuanto recibe en SSI y/o ayuda del condado?	\$ _____	
¿Cuánto recibe en Cupones de Alimentos?	\$ _____	
¿Cuánto recibe en asistencia de alquiler del estado de NJ?	\$ _____	
¿Cuánto recibe en ayuda de su familia y/o amistades?	\$ _____	
Otro ingresos (mensual o semanal) – explique	\$ _____	

*N/A = No Aplica

Gastos Mensuales	Cantidad o N/A*	Comentarios
Hipoteca (si es dueño/a de una casa) o Impuestos si no tiene hipoteca	\$ _____	
Alquiler	\$ _____	
Gas (promedio mensual)	\$ _____	
Electricidad (promedio mensual)	\$ _____	
Teléfono (promedio mensual)	\$ _____	
Otros gastos – incluyendo gastos médicos	\$ _____	

*N/A = No Aplica

Yo certifico que la información que yo he provisto en esta aplicación es verdad de acuerdo a mi mejor conocimiento. Ya que el Keyport Ministerium Food Pantry recibe comida del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, declaraciones falsas constituyen estafar el gobierno y resultará en revocar inmediatamente la ayuda de caridad del Keyport Ministerium Food Pantry.

Firma del solicitante: _____

ESTA SECCION ES PARA EL USO DEL KEYPORT FOOD PANTRY SOLAMENTE

Prueba de identificación demostrada Si/No: _____

Comentarios Adicionales:

