



San Antonio Food Bank Form C

Formulario de Inscripción para Individuos / Familias

Favor de responder a todas las preguntas de manera que podamos servirle mejor. Esta información no será compartida con ninguna otra agencia u entidad otra que el Banco de Comida de San Antonio para razones de reportaje.

DOCUMENTACION DEL CLIENTE (el cliente puede llenar este) **Fecha de Inscripción:** _____

Esta usted sin hogar: Si No Si la respuesta es no, llenar la información de domicilio

Su Nombre	
Su Domicilio	
Ciudad/Estado/Zip/Condado	
Teléfono	

Es usted: Africano-Americano Asiático Anglo-Sajón Hispano Indígena Otro

Cuántas personas viven en su hogar: _____

Es usted cabeza de familia: Si No Cual es su género: Masculino Femenino

Cuántas personas en su hogar son de las siguientes edades/géneros (favor de poner el número en cada caja)

0-5 años:		6-18 años:		19-40 años:		41-59 años:		60 y mayor:	
# de Hombres en el Hogar				# de Mujeres en el Hogar					

Hay veteranos o militares en su hogar? Si No Si la respuesta es si, cuantos? _____

Hay alguna persona en su hogar con una deshabilidad? Si No

Su familia recibe alguna forma de asistencia? Si No Si la respuesta es si, indique cuales con una X.

Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF/AFDC)		Estampillas de comida	
SSI		Medicaid	
CHIP		WIC	

Los ingresos totales (antes de deducciones) para todos los miembros del hogar son:

\$ _____ Por año Por Mes Por Semana

Hubo alguna situación de emergencia que causo la falta de comida Si No

Si la respuesta es si, describa esta situación: _____

Firma de cliente (es necesario que cada cliente este presente la primera vez que reciben asistencia) **Fecha**

Certifico que soy miembro del hogar descrito arriba y como representante de este hogar he aplicado para productos del USDA. Certifico que toda la información tocante a mi hogar es verdadera según mi conocimiento. Designo además la siguiente persona como representante de mi hogar y certifico que su información es correcta según mi conocimiento. El individuo con el firma abajo es responsable de recibir asistencia en nombre del cliente cada distribución hasta la fecha de re-certificación

Nombre de Representante Autorizado	Domicilio de Representante Autorizado
---	--

The Texas Health and Human Services Commission, the San Antonio Food Bank, and the agency providing you food, will not discriminate against you, directly or through contractual or other arrangements. The law* says you cannot be discriminated against because of your race, color, national origin, age, political belief, disability or sex.

AGENCY DOCUMENTATION (not in Spanish because agency fills out)

Family Name: _____ Date: _____

Household is INELIGIBLE: (clients denied USDA products should be referred to the SAFB for review)

- Income level over 185% listed on 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 receive assistance up to 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: _____

*Please have client sign every time they come receive assistance
(if you have another form for this that is fine, but you must keep all documentation accessible and together)*

Date	Signature of Client (by client)

The Texas Health and Human Services Commission, the San Antonio Food Bank, and the agency providing you food, will not discriminate against you, directly or through contractual or other arrangements. The law* says you cannot be discriminated against because of your race, color, national origin, age, political belief, disability or sex.