FORMULARIO DE REGISTRO DE ALIMENTOS DE EMERGENCIA

Información de admission

Los clientes deben ser residentes del estado de Nueva Jersey

Fecha: _____ LDA_____ EFO_____

Nombre (letra de imprenta): _____Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad y código postal:_____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Número de adultos en el hogar: _____ Número de niños menores de 18 años en el hogar: _____

RAZÓN QUE CALIFICA (MARQUE CON UN CÍRCULO)

1. TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas – Programa de Servicios Sociales)

2. SNAP/Estampillas de comida - Se acabaron/no hay suficiente Perdido Robado No recibido

3. SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario) – NO SEGURO SOCIAL

4. WIC (mujeres, bebés y niños)

5. MEDICAID

6. BAJOS INGRESOS (185% de la pobreza)- AUTO DECLARACIÓN

7. DESASTRE (Otro: puede ser divorcio, violencia doméstica, gastos inusuales, pérdida de empleo, etc.)

Por favor explique: _____

Estoy aceptando una donación caritativa de alimentos de la Despensa de Alimentos de Emergencia. Por la presente, renuncio a Food Pantry de toda responsabilidad de cualquier naturaleza y acepto los productos alimenticios "tal cual" y bajo mi propio riesgo.

“Certifico que mi ingreso familiar bruto anual total es igual o inferior al 185 % del nivel de pobreza, O que mi hogar participa en los programas que he marcado en el Formulario de registro de alimentos de emergencia. También notificaré a la despensa, si hay cambios en mis ingresos o requisitos que pueden hacer que deje de ser elegible para los alimentos TEFAP”.

FIRMA DEL CLIENTE _____ FECHA: _____

Nombre del entrevistador: _____

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o represalia por actividad anterior de derechos civiles.
La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el Centro TARGET del USDA al (202) 720- 2600 (voz y TTY) o comuníquese con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.
Para presentar una queja por discriminación en el programa, el Demandante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR %20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria del denunciante con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA antes de:
1. correo:
Departamento de Agricultura de EE. UU.
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles
1400 Avenida Independencia, SW
Washington, DC 20250-9410; o
2. fax:
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. correo electrónico:
program.intake@usda.gov
Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.
9/8/2022