

**DESPENSA DE ALIMENTOS SIMPATICA DE RANDOLPH
SOLICITUD DE AYUDA**

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE								
Apellido				Primer Nombre			Inicial	
Calle						Apt#		
Ciudad				Estado			Codigo postal	
Fecha de Nacimiento	Mes (MM)		Día (DD)		Año (YYYY)			
Teléfono			¿Es un teléfono celular?	Sí	No	correo electrónico		

INFORMACIÓN DEL HOGAR				
¿Cuántas personas viven en su casa?				
cuántas personas 0-4 años		cuántas personas 5-17 años		
cuántas personas 18-64 años		cuántas personas 65+ años		
Primer Nombre	Inicial	Apellido	Sexo	FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/yyyy)

ADDITIONAL INFORMATION								
¿Usted o alguien en esta dirección recibe asistencia de SNAP/Cupones de Alimentos	Sí	No	¿Usted o alguien en esta dirección recibe asistencia de WIC	Sí	No	¿Usted o alguien en esta dirección recibe asistencia de MassHealth	Sí	No
¿Está empleado actualmente?	Tiempo completo		Medio tiempo		desempleados			
¿Cuáles son sus ingresos mensuales? (menos ayuda)								

Esta despensa usa la directriz del Departamento de Educación de Massachusetts para la elegibilidad. Servicio será negado a alguien quien provea la información falsa, no pueda los documentos necesarios, o quite los alimentos de la Despensa de Alimentos Simpatica de Randolph sin permiso.

Por la presente, relevo la Despensa de Alimentos Simpatía de Randolph, una agencia privada no gubernamental sin fines de lucro, de cualquier responsabilidad para comida/artículos dada a mi. Certifico además, bajo los dolores y penas de perjurio, que toda la información dada en este formulario es correcta lo mejor que sepa. Entiendo y cumpliré con la directriz y las políticas de la Despensa de Alimentos Simpatica de Randolph. Entiendo que puedo venir a la despensa una vez cada tres (3) semanas para ayuda alimentaria.

Toda la información aquí es considerada confidencial y se mantendrá confidencial lo mejor que podamos.

Firma del Cliente _____

Fecha: _____

Firma del Personal _____

Fecha: _____