

Fecha de Formulario Completado: _____

Revisado por:: _____

Información Actualizada en: _____

Revisado por:: _____

Contacto Primario del Hogar: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Número de Celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Por favor, indique el número total de personas en el hogar en las siguientes categorías de edad:

_____ 0 – 17 años de edad

_____ 18 – 59 años de edad

_____ 60+ años de edad

Primer Nombre

Fecha de Nacimiento

ID VERIFIED:

Registro de Distribución

Año: _____

(Actualize formulario para el hogar anualmente comenzando el 1 de Julio)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
JUL																																
AGO																																
SEP																																
OCT																																
NOV																																
DIC																																
ENE																																
FEB																																
MAR																																
ABR																																
MAY																																
JUN																																

PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS
FORMULARIO DE REGISTRO DEL HOGAR

Estado de empleo de adultos en el hogar:

_____ Número EMPLEADO A TIEMPO COMPLETO

_____ Número EMPLEADO A TIEMPO PARCIAL

_____ Número JUBILADO/RETIRADO

Seleccione una de las siguientes:

_____ Hogar esta recibiendo los beneficios de Cupones para Alimentos

_____ Hogar no es elegible para los beneficios de Cupones para Alimentos

(Agencia: Por favor proveer la información de la Linea de Ayuda para Cupones de Alimentos del CPAFB a sus clientes. LLAMENOS HOY AL 1-877-999-5964)

Entiendo que estoy recibiendo estos alimentos a mi propio riesgo y no voy a sostener el Central Pennsylvania Food Bank o la agencia, miembro del Central Pennsylvania Food Bank responsable de cualquier razón o de cualquier alimento recibido a través de este programa de distribución de alimentos. Entiendo que no hay pagos o donaciones requeridas por los alimentos. Estoy de acuerdo en que no voy a vender o cambio de bienes o servicios de cualquier alimento que recibo.

Con mi firma, confirmo que toda la información registrada en este formulario es correcta y que si tengo alguna pregunta, ha sido contestada a mi satisfacción.

Por favor, firme arriba

No One Should Be Hungry

MEMBER OF
FEEDING AMERICA MEMBER OF
FEEDING PENNSYLVANIA