

SOLICITUD – COMUNICADO DECLARATORIO DE ELIGIBILIDAD

PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA: AGENCIA: _____ DISTRITO: _____

REPRESENTANTE DE LA AGENCIA: _____ FECHA: _____

Todos los hogares pre-registrados deben completar una solicitud/comunicado declaratorio de elegibilidad. La solicitud debe ser aprobada y estar en el archivo para que el hogar reciba las mercancías. Esta solicitud vence el 30 de junio cada año, pero podrá ser extendida por un período adicional, dos años consecutivos siempre y cuando el formulario de renovación al reverso de la solicitud original esté debidamente llenado, aprobado y firmado por todas las partes.

NOMBRE (Jefe/a del hogar)

DIRECCIÓN

() _____
TELEFONO

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

1. Certifico que soy residente del distrito arriba mencionado.
2. Certifico que hay ____ número de personas en mi casa y que mi familia reúne los requisitos necesarios para recibir los productos de USDA porque (marque A o B): (MARQUE SÓLO UNA).
 - a. () El ingreso bruto combinado de todas las personas en mi casa es _____ por _____ (semana, mes, año)
 - b. () Recibo (encierre uno) Asistencia Nutricional Especial (SNAP), TANF o Seguridad de Ingreso Suplementario.
3. Entiendo que mi hogar sólo debe recibir donaciones de alimentos a través de esta solicitud de la manera en que son distribuidos por esta agencia.
4. Entiendo que puedo ser enjuiciado/a bajo las leyes vigentes por aceptar alimentos para los cuales no reúno los requisitos.
5. Soy consciente de que mi solicitud puede ser seleccionada de una base de muestras para su verificación.
6. Entiendo que los alimentos recibidos a través de este programa son SOLAMENTE para el consumo de mi hogar.
7. Certifico que me pondré en contacto con la agencia arriba mencionada si el ingreso bruto o tamaño de mi familia se modifica de tal manera que pueda afectar la elegibilidad de mi hogar.
8. Entiendo que sólo puedo recibir alimentos de una despensa de alimentos.
9. Certifico que la información arriba mencionada es verdadera y correcta.

FIRMA DE LA PERSONA QUE PRESENTA LA SOLICITUD

REPRESENTANTE AUTORIZADO PARA RECOGER LOS ALIMENTOS

FECHA

Solicitud negada debido a:

_____ Ingreso demasiado alto
_____ Otro (explique)

ES LA POLÍTICA DE ESTA AGENCIA GARANTIZAR LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES EN TODOS LOS ASPECTOS DE SUS PROGRAMAS Y SERVICIOS SIN DISTINCIÓN DE RAZA, COLOR, NACIONALIDAD DE ORIGEN, EDAD, SEXO O DISCAPACIDAD.