

# The Food Bank of Western Massachusetts

## Brown Bag: Food for Elders Formulario de Admisión

Complete este formulario y envíelo por correo a:

The Food Bank of Western MA  
ATTN: Brown Bag  
PO Box 160  
Hatfield, MA 01038

Por favor imprima. Todos los solicitantes deben cumplir con los requisitos de edad y de ingresos. La verificación puede ser solicitada. Sólo una bolsa permitida por hogar.

### Jefe-de-Hogar Información.

Nombre <i>Requerido</i>		Año de Nacimiento <i>Requerido</i>	Dirección <i>Requerido</i>	
Primer:		Año:	Calle:	Apt. #:
Segundo:		<b>Si usted es menor de 55 años, recibe usted SSDI (Seguro Social por Incapacidad Ingresos)?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Aplicada, pendientes de aprobación	Ciudad:	Código Postal:
Apellido:			<b>Dirección de envío (si es diferente)</b>	
<b>Teléfono <i>Opcional</i></b>		Calle, Ciudad, Código Postal:		
( ) -				

Ingreso <i>Requerido</i>	Beneficios de Gobierno <i>Requerido</i>	Información <i>Opcional</i>
<b>Cantidad (Jefe de la familia):</b> _____ <input type="checkbox"/> Semenal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual  <b>Ingreso es de:</b> <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> SSDI (Ingresos de Incapacidad del Seguro Social) <input type="checkbox"/> Pensión/Jubilación <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Cuenta Individual de Retiro/Fondo de Jubilación <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Medicaid (MassHealth) <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Asistencia Veterana <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario) <input type="checkbox"/> Asistencia Combustible <input type="checkbox"/> TAFDC <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Otro: _____	<p><i>La siguiente información es 100% opcional. No va a afectar su elegibilidad para el programa de ninguna manera, pero nos ayuda a analizar nuestro programa para que podamos servir mejor.</i></p> Sexo: _____ Raza/Origen étnico: _____ Preferencia de Idioma: _____ Situación de empleo: _____ Más alto nivel de educación: _____ ¿Estás sin hogar? _____ ¿Es usted un veterano? _____ ¿Eres un refugiado? _____ ¿Estás incapacitado? _____ Estado Civil: _____
<b>Dirección de correo electrónico <i>Opcional</i></b>	<b>En el sitio que le gustaría recoger su bolsa? <i>Requerido</i></b>	
<b>Entrega/Satélite Sitio <i>Opcional</i> – autorización puede ser necesaria.</b>		

### Datos de los miembros del hogar (Por favor, use la parte posterior del formulario si necesita más espacio. Por favor, incluya toda la información solicitada por debajo.)

Nombre <i>Requerido</i>	Año de Nacimiento <i>Requerido</i>	Ingresos Mensuales <i>Requerido</i>	Sexo <i>Opcional</i>	Raza/Origen Étnico <i>Opcional</i>	Nombre <i>Requerido</i>	Año de Nacimiento <i>Requerido</i>	Ingresos Mensuales <i>Requerido</i>	Sexo <i>Opcional</i>	Raza/Origen Étnico <i>Opcional</i>

Con mi firma a continuación, certifico que toda la información que aparece en todos los lados de este formulario son verdaderas y correctas

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Date Application Received:	Date entered into Oasis:	Staff initials:	Notes:
Accepted? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	Date letter sent:	Site:	