



San Antonio Food Bank Partner Agency Pantry Family Intake Form

Form B

(client may fill this out)

Date of Intake: _____

Are you homeless? Yes No If no, please complete address portion of form.

Household Information

YOUR NAME							
ADDRESS (if available)							
CITY / STATE / ZIP / COUNTY							
PHONE							
Number in Household							
GROSS INCOME Amount before deductions	\$		Per Year		Per Month		Per Week

Does your family receive any type of assistance? check all that apply

Temporary Assistance To Needy Families (TANF)		SNAP (Food Stamps)	
SSI		Medicaid	
NSLP		Temporary Crisis	

Document reason for crisis in "comments" box below.

By signing below, I certify that:

- (1) I am a member of the household living at the address provided above and that, on behalf of the household, I apply for USDA Foods that are distributed through The Emergency Food Assistance Program;
- (2) all information provided to the agency determining my household's eligibility is, to the best of my knowledge and belief, true and correct; and
- (3) if applicable, the information provided by the household's "Authorized Representative" (as named below) is also, to the best of my knowledge and belief, true and correct.

Client Signature (client must be present for initial interview and food assistance)

Date

Name of Authorized Representative: (name of person to act on their behalf)	Authorized Representatives Address or Phone:
---	---

Household is INELIGIBLE: (Explain the reason for ineligibility in the "comments" box below.)

Comments:

Household is ELIGIBLE based on:

Low Income	SNAP	
SSI	Medicaid	
NSLP	Temporary Crisis	

Certification period is up to twelve months. For crisis food need certification period is up to six months. Texas Department of Agriculture can approve crisis food need for seven to twelve months. Give length of certification period if household is eligible.

Beginning (month/year): _____ / _____

Ending (month/year): _____ / _____

Agency Staff Signature: _____ **Revisit this form on:** _____

Only the information above is required to obtain USDA Foods

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or marital or marital status, civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA. Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English. To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form (AD-1027) found online at: <http://www.ave.tnrd.gov/complaint>, file, visit, mail, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by (1) mail: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; or (3) email: programs.civilrights@usda.gov. This institution is an equal opportunity provider.



Banco de Comida Formulario de inscripción

Form B

(por favor completa la información a continuación)

Fecha: _____

¿Estás sin hogar? Sí No

Información del hogar

Nombre							
Dirección							
CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTALE/CONDADO							
TELÉFONO							
Número en el hogar							
INGRESOS BRUTOS Monto antes de deducciones	\$		Por año		Por mes		Por semana

¿Su familia recibe algún tipo de ayuda? marque todo lo que corresponda

Programa Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)		Programa de SNAP	
Seguridad Social		Medicaid	
Comidas Gratis o a Precio reducido para el año		Crisis temporal	

Documente el motivo de la crisis en el cuadro a continuación.

Al firmar a continuación, certifico que:

- (1) Soy un miembro del hogar que vive en la dirección indicada anteriormente y que, en nombre del hogar, solicito alimentos del USDA que se distribuyen a través del Programa de Asistencia de Alimentos de Emergencia;
- (2) toda la información proporcionada a la agencia que determina la elegibilidad de mi hogar es, a mi leal saber y entender, verdadera y correcta; y
- (3) si corresponde, la información proporcionada por el "Representante autorizado" del hogar (como se menciona a continuación) también es, a mi leal saber y entender, verdadera y correcta.

Firma del cliente (el cliente debe estar presente para la entrevista inicial y asistencia alimentaria)

Fecha

Nombre del representante autorizado: (nombre de la persona para que actúe en su nombre)	Dirección o teléfono de representantes autorizados:
---	---

El hogar es INELEGIBLE: (Explique el motivo de la inelegibilidad en el cuadro "comentarios" a continuación).

Comentarios:

El hogar es ELEGIBLE basado en:

De bajos ingresos		Programa de SNAP	
Seguridad Social		Medicaid	
Comidas Gratis o a Precio reducido para el año		Crisis temporal	

El período de certificación es de hasta doce meses. Para crisis, el período de certificación de necesidad de alimentos es de hasta seis meses. El Departamento de Agricultura de Texas puede aprobar la necesidad de alimentos en crisis durante siete a doce meses. Dar la duración del período de certificación si el hogar es elegible.

Comienzo (mes / año): _____ / _____

Final (mes / año): _____ / _____

Firma del personal de la agencia: _____ Revisa este formulario en: _____

Solo se requiere la información anterior para obtener USDA Foods

SNAP and FDIPIR State or local agencies, and their subrecipients, must post the following Nondiscrimination Statement. Las agencias estatales o locales de SNAP y FDIPIR, y sus beneficiarios secundarios, deben publicar el siguiente Aviso de No Discriminación De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y sus reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesitan medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio Federal de Transmisión) llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA (AD-3027) que está disponible en línea en "How to File a Complaint", y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por (1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410, (2) fax: (202) 690-7442, o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.