

INTERFAITH FOOD PANTRY

GROCERY ASSISTANCE PROGRAM APPLICATION

CLIENTE _____ /_____/_____

APELLIDO
NOMBRE
SS # (SI ALGUNO)
EDAD
FECHA NACIMIENTO
OCUPACION

DIRECCION _____ /_____/_____

CALLE
APT/FL/PO
CIUDAD
CODIGO
TELEFONO
E-MAIL
PAIS NACIMIENTO

RAZA _____ SEXO _____ ESTADO CIVIL _____ IDIOMA PRINCIPAL _____ DIETA ESPECIAL (DIABETES, ETC.) _____

(SI OTRA PERSONA RECOGERA POR USTED) SEGUNDO NOMBRE EN TARJETA _____ /_____/_____

APELLIDO
NOMBRE
SS # (SI ALGUNO)

OTROS MIEMBROS

POR FAVOR ESCRIBA SOLAMENTE OTROS MIEMBROS QUE VIVAN EN LA MISMA CASA DEL APLICANTE Y QUE RECIBIRAN ALIMENTOS

NOMBRE	SN	APELLIDO	RELACION	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACION
1. _____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____
6. _____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____
7. _____	_____	_____	_____	_____	____/____/____	_____

INGRESO MENSUAL DE TODOS LOS LISTADOS ANTERIORMENTE - (SI ES APLICABLE)

	Salario	Desempleo	Seguro Social	SSI	SSD/Dis.	Pension	Cobro de Sustento Para niños	TANF [] GA []	Estampillas de alimentos	Medicaid	Otro	Otra entrada economica
SOLICITANTE										Y / N		
1.										Y / N		
2.										Y / N		
3.										Y / N		
4.										Y / N		
5.										Y / N		
6.										Y / N		
7.										Y / N		
TOTAL										Y / N		

POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

Usted renta apt. [] renta cuarto [] dueño casa [] vive en refugio [] Seccion 8 () vivienda publica () otro [] _____

Por que necesita nuestra ayuda? Perdida de trabajo [] reduccion de horas [] dinero no es suficiente para cubrir todos los gastos [] discapacitado/seriamente lesionado [] otro [] por favor explique (**Existe alguna circunstancia especial que a usted le gustaria explicarnos**)

Esta en peligro de perder su casa? No [] si [] por que? _____

Como se dio cuenta del IFP? Periodico () Internet () Familia/Amigo () Cliente () Agencia () _____

Atiende a alguna Iglesia(a cual? Su informacion no sera compartida) _____ Ciudad _____.

GASTOS MENSUALES

Por favor responda estas preguntas – Escriba “0” si no aplica

Renta/Hipoteca	\$/Month	_____	
Electricidad	\$/Month	_____	
Gas/Aceite	\$/Month	_____	
Seguro Medico	\$/Month	_____	
Otros gastos medicos	\$/Month	_____	
Seguro del carro	\$/Month	_____	
Cuotas de carro	\$/Month	_____	Marca/Modelo del carro _____
		_____	Marca/Modelo del carro _____
Cuidado de niños	\$/Month	_____	
Impuestos	\$/Month	_____	
Telefono	\$/Month	_____	
Cable	\$/Month	_____	
Otros-Liste cada uno y explique \$		_____	_____
		\$ _____	_____

OTRA INFORMACION

Recibe asistencia para la renta? Y N De quien? _____ How much? _____

Recibe asistencia para la calefaccion? Y N

Recibe USF? (Asistencia para el gas y electricidad) Y N

Asistencia para aire acondicionado? (condición medica) Y N

En Caso de Emergencia

Primer contacto _____

NOMBRE	RELACION	TELEFONO
--------	----------	----------

Segundo contacto _____

NOMBRE	RELACION	TELEFONO
--------	----------	----------

AUTORIZACION

Yo certifico que toda la informacion dada en esta aplicacion es verdad. Adicionalmente yo autorizo para que el Interfaith Food Pantry verifiquen mi información en esta forma, especialmente si yo participo en cualquier programa de asistencia publica (ahora y en el futuro). Tambien doy mi permiso para que todos los empleados del Interfaith Food Pantry puedan leer la información contenida en este documento.

Firma del Cliente _____ Fecha _____ Entrevistador _____

Comentarios del entrevistador

IFP STAFF USE ONLY

Reviewer _____ Date _____ Status eligible [] pending [] ineligible [] Reapplication [] Updated app []

If not eligible why? POI [] POA [] BC [] +inc [] not MC [] other _____

PU day assigned 1st Tu AM [] 1st Wed AM [] 1st Wed Eve [] 1st Th AM [] 1st Th PM [] 1st Sat [] Home Delivery []

 2nd Tu AM [] 2nd Wed AM [] 2nd Wed Eve [] 2nd Th AM [] 2nd Th PM [] 2nd Sat [] Disable [] Elderly []

 3rd Tu AM [] 3rd Wed AM [] 3rd Wed Eve [] 3rd Th AM [] 3rd Th PM [] 3rd Sat [] Ill [] No Transportation []

 4th Tu AM [] 4th Wed AM [] 4th Wed Eve [] 4th Th AM [] 4th Th PM [] 4th Sat [] Other [] Mental Health []

Comments: _____

