



Interfaith Food Pantry
Serving Morris County

973-538-8049 •• www.mcifp.org

GROCERY ASSISTANCE PROGRAM APPLICATION

Aviso de 24 horas requerido para la cancelación de su cita

(1) ACEPTABLES como prueba de Dirección

Cuentas de Servicios, Cuenta de Television
cable

Cuenta del Doctor
Cheque de Salario

Recibos de Renta

Contrato de Arrendamiento

Una carta de la Oficina de Desempleo o
servicios social

Una Carta de la Escuela de sus Hijos con la
Direccion y el Nombre de su Hijo

INACEPTABLE de Dirección

CARNET de Conducir

Tarjeta de Residencia (Green Card)

El correo basura o publicidad

(2) Debe Proporcionar Certificados de Nacimiento de Todos los Niños Menores de 18 Años de Edad

(3) Prueba ACEPTABLE de Todos los ingresos Familiares

Reciente cuenta de ingreso

Salario

Una carta del Patron Diciendo el Salario Semanal o Quincenal

Copia de Pension Alimenticia y/o Mantenimiento de sus Hijos

Copia de carta de la Agencia de Beneficios

Copia de carta de Social Security Administration

Copia de Declaracion del Banco con Deposito Directo de Social Security

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 infomación 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 [] III [] No Transportation []
4th Tu AM [] 4th Wed AM [] 4th Wed Eve [] 4th Th AM [] 4th Th PM [] 4th Sat [] Other [] Mental Health []

Comments: _____