

Formulario de admisión de la despensa de alimentos de Philipstown

NOMBRE: _____ FECHA: _____

DIRECCIÓN: _____ APT.#/Piso: _____

City _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

INFORMACIÓN DEL HOGAR

¿Cuántos **adultos (de 18 a 64 años)** viven en su hogar? _____

Nombre y edad

1. _____ 4. _____

2. _____ 5. _____

3. _____ 6. _____

¿Cuántos **niños (de 0 a 17 años)** viven en su hogar? _____

Nombre y edad

1. _____ 4. _____

2. _____ 5. _____

3. _____ 6. _____

¿Cuántas personas mayores (65+) viven en su hogar? _____

Nombre y edad

1. _____ 4. _____

2. _____ 5. _____

3. _____ 6. _____

¿Recibes SNAP? _____ ¿Te interesa saber más sobre SNAP? _____

¿Tiene seguro médico? _____

¿Está interesado en obtener información sobre la cobertura de salud gratuita o de bajo costo? _____

¿Recibe WIC? _____ ¿Está interesado en conocer los beneficios de WIC? _____

Entiendo las reglas y regulaciones para usar una despensa de alimentos y estoy de acuerdo en seguirlas. Además, declaro que la información anterior escrita en este formulario es verdadera. Entiendo que si no sigo las reglas o doy información falsa, se me puede negar el servicio de esta despensa.

CLIENTE EXCLUSIVO: _____