



2023-2024
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Uso exclusivo de la despensa

MIEMBRO #: _____

BANCO DE PAÑALES#: _____

SL TH MS HS ID VERIFICADA (INT) _____

TU VIVES EN

¿MUNICIPIO DE SUSQUEHANNA? SÍ NO



POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE ABAJO

SU NOMBRE: _____ ¿ES USTED EL JEFE DE HOGAR? SÍ NO

DIRECCIÓN: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ TELÉFONO: _____

Correo electrónico: _____ ¿Acceso a Internet? SÍ NO ¿Podemos enviarte mensajes de texto? SÍ NO

¿Vives en una: Casa? Departamento Hotel Refugio Con un amigo/familia Otro: _____

Cuántas personas viven en tu dirección: _____ ¿Cuántos son? 0 a 4 años: _____ 5 a 17 años: _____ 18 – 59 años: _____ 60+ años: _____

IMPRIMA EL NOMBRE, CUMPLEAÑOS Y EDAD DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SU DIRECCIÓN: (incluido usted)

Nombre de pila	Apellido	Cumpleaños (m/d/a)	Edad	Asiste a la(s) escuela(s) STSD
1. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
4. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
5. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
6. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
7. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
8. _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Agregue personas adicionales al reverso del formulario si es necesario.

IDIOMAS QUE SE HABLAN EN TU CASA: Inglés español ruso bosna tíe ng Việ t Criollo Ayisyen Otro: _____

RAZA: Indio Americano/Alaska asiático Negro Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico Blanco Desconocido

ETNICIDAD: Hispano o Latino No Hispano o Latino Desconocido

¿CÓMO SE ENTERÓ DE HANNA's Pantry? _____

Medios de comunicación social Sitio web Escuela Boletín informativo Señal digital Amigo Banco de Alimentos Central de Pensilvania

NECESIDADES DE ALIMENTACIÓN

POR FAVOR MARQUE LOS ALIMENTOS QUE NO COME:



POR FAVOR COMPRUEBA SI COMES:



Tratamos de adaptarnos a las restricciones alimentarias en función de razones religiosas, culturales y de salud. También pueden estar disponibles productos sin gluten, bajos en sal/azúcar y otras necesidades dietéticas; por favor pregunte si son necesarios.

SIN RESTRICCIONES DE ALIMENTOS:

Por favor indique cualquier alergia alimentaria: _____

OTRAS NECESIDADES

1. ¿Le gustaría estar conectado con el TRABAJADOR SOCIAL ESCOLAR para recibir ayuda? Sí NO

2. ¿Reciben sus hijos ALMUERZO O DESAYUNO ESCOLAR GRATIS O A REDUCCIÓN? Sí NO
 En caso negativo, ¿le gustaría obtener más información sobre la comida escolar gratuita? Sí

3. ¿Está recibiendo actualmente BENEFICIOS SNAP? (Programa suplementario de asistencia nutricional) Sí NO
 En caso negativo, ¿le gustaría obtener más información sobre cómo obtener alimentos gratis a través de SNAP? Sí

4. ¿Está usted y sus hijos actualmente INSCRITOS EN WIC? (Mujeres, Bebés, Niños) Sí NO
 En caso negativo, ¿le gustaría obtener más información sobre los recursos gratuitos a través de WIC? Sí

5. Cuando estén disponibles, ¿cuántas personas de su familia pueden beneficiarse de los PRODUCTOS DE HIGIENE PARA LA MUJER? _____

6. Si necesita CALZONES PARA ADULTO, ¿de qué talla? Pequeño Mediano Grande SG XL

7. ¿Eres VETERANO? Sí NO ¿Pertenece a un VFW? Sí NO

8. PERSONA DE RESPALDO/“PROXY”

Se recomienda incluir un PROXY. Si está enfermo o no puede asistir a una distribución, puede incluir a una persona a quien permitirá que recoja y entregue sus alimentos en HANNA's Pantry.

Nombre del representante: _____ Firma: _____ Fecha de verificación de identificación: _____

DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Cer tifico que la información que he proporcionado es incorrecta según mi leal saber y entender. Se requieren pagos Entiendo que en Thereareno de ordenación por los productos de olor alimenticio que recibo. Acepto que no venderé, cambiaré por propiedad o prestaré servicio a cualquier cosa que reciba de HANN A's Pantry. Cª .

libero a HANNA s Pantry , ser pleyeesproductsdistribu voluntarios , y donantes de muchas responsabilidades resultantes de los alimentos y te dandagreetohold the emharmlessaga in stall lia bil ities, daños demandas de la ley wor in equidad oroblig ac ion , pérdidas , reclamos, causas del hecho y ncualequiera que surja de la tributación a cualquier acción durante la implementación de esta programa de tribu ción de alimentos . HANNA s despensa, Cª . ¿Es un proveedor de calidad desigual? .

Su firma _____ Fecha _____



Niños (0-17) _____
 Adultos (18-59) _____
 Ancianos (60 o más) _____

Oficina de Distribución de Alimentos

El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia (TEFAP)

"Declaración Personal de Necesidad"

Efectivo desde el 1 de julio del 2023 al 30 de junio del 2024

Nombre del Recipiente

Firma de Representante de la Agencia Fecha

Dirección

Nombre del Lugar de Distribución Telefono

Ciudad Estado Código Postal

Localización del Lugar de distribución

El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia es operado de acuerdo a las normas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), que prohíbe la discriminación a base de raza, color, origen nacional, sexo, edad o incapacidad. Elegibilidad es basada segun la tasa de ingreso a continuación. El recipiente circulara la línea entera que aplica a su Tamaño de Familia, entendiendo que deben de estar en o por debajo del nivel del ingreso para ser elegible para el programa.

Ingreso total del Hogar (basado en un 185% de pobreza)						
Tamaño de familia (circule uno)		Anual		Mensual		Semanal
1	\$	26,973	\$	2,248	\$	519
2	\$	36,482	\$	3,040	\$	702
3	\$	45,991	\$	3,833	\$	884
4	\$	55,500	\$	4,625	\$	1,067
5	\$	65,009	\$	5,417	\$	1,250
6	\$	74,518	\$	6,210	\$	1,433
7	\$	84,027	\$	7,002	\$	1,616
8	\$	93,536	\$	7,795	\$	1,799
Por cada miembro de familia adicional anade:	\$	9,509	\$	728	\$	183

Entiendo las limitaciones de ingreso del hogar y por la presente certifico que el tamaño de mi familia e ingresos me hacen elegible para participar en el programa. También certifico que, a partir de hoy, mi familia vive en el área servida en Pennsylvania por El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia. Esta certificación esta siendo completada en conexión con la recibimiento de asistencia Federal.

ENTIENDO QUE HACIENDO FALSO TESTIMONIO PUEDE RESULTAR EN TENER QUE PAGAR EL VALOR DE LOS ALIMENTOS OBTENIDOS IMPROPIAMENTE Y PUEDE SER SUJETO A PERSECUCION BAJO LEYES ESTATALES Y FEDERALES.

Firma del Recipiente

Fecha

 Devuelva el formulario a su agencia Condado designado. Si no esta seguro de la Agencia correcta, por favor llame la oficina al 1-800-468-2433.

ESTE FORMULARIO NO DEBE SER ALTERADO O MODIFICADO DE NINGUNA MANERA.

CONSULTE EL REVERSO DE ESTE DOCUMENTO PARA UNA DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN IMPORTANTE DEL USDA

USDA Nondiscrimination Statement

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los 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, discapacidad, edad, 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 necesiten 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 discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] 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: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html 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

(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.

USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades.

El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia		Forma de
Autorizacion Proxy para el programa TEFAP de Pennsylvania		
		Fecha _____
Yo _____ autorizo a, _____ para recoger mi paquete del alimento TEFAP para ser entregado a mí.		
Firma del cliente _____	<input type="checkbox"/>	Firma de proxy autorizado
Representante de la Despensa _____	<input type="checkbox"/>	Identificacion del proxy verifica

2023-2024

FORMULARIO DE REGISTRO DE PAÑALES

MIEMBRO #: _____

BANCO DE PAÑALES#: _____

BANCO DE PAÑALES#: _____

BANCO DE PAÑALES#: _____

BANCO DE PAÑALES#: _____

HANNA's Pantry tiene una asociación con Healthy Steps Diaper Bank. Proporciona pañales para niños pequeños de despensa. una vez al mes, sin costo para HANNA's Pantry. Para recibir pañales gratis: _____

- 1) el niño debe vivir con usted en su casa
- 2) el niño debe tener 4 años o menos (una vez que su hijo cumpla 5 años, ya no podremos proporcionarle pañales)
- 3) y debe proporcionar TODA la información a continuación para CADA niño:

Además: su hijo debe estar registrado antes de recibir pañales, por lo que NO recibirá pañales hasta la próxima distribución de pañales. NO el día que complete este formulario.

NIÑO #1

NOMBRE: _____ Fecha de nacimiento (m/d/a): _____ Género: Masculino Femenino Tamaño del pañal: _____

Peso del bebé: _____ Entrenamiento para ir al baño/ir al baño: Sí No

Raza: Indio americano/Alaska asiático Negro Nativo de Hawái/Isléño del Pacífico Blanco Desconocido

Etnia: hispano o latino No Hispano o Latino Desconocido

NIÑO #2

NOMBRE: _____ Fecha de nacimiento (m/d/a): _____ Género: Masculino Femenino Tamaño del pañal: _____

Peso del bebé: _____ Entrenamiento para ir al baño/ir al baño: Sí No

Raza: Indio americano/Alaska asiático Negro Nativo de Hawái/Isléño del Pacífico Blanco Desconocido

Etnia: hispano o latino No Hispano o Latino Desconocido

NIÑO #3

NOMBRE: _____ Fecha de nacimiento (m/d/a): _____ Género: Masculino Femenino Tamaño del pañal: _____

Peso del bebé: _____ Entrenamiento para ir al baño/ir al baño: Sí No

Raza: Indio americano/Alaska asiático Negro Nativo de Hawái/Isléño del Pacífico Blanco Desconocido

Etnia: hispano o latino No Hispano o Latino Desconocido

NIÑO #4

NOMBRE: _____ Fecha de nacimiento (m/d/a): _____ Género: Masculino Femenino Tamaño del pañal: _____

Peso del bebé: _____ Entrenamiento para ir al baño/ir al baño: Sí No

Raza: Indio americano/Alaska asiático Negro Nativo de Hawái/Isléño del Pacífico Blanco Desconocido

Etnia: hispano o latino No Hispano o Latino Desconocido

Ocasionalmente recibimos pañales donados durante la noche (como pull-ups). ¿Hay algo que uses o necesites? sí

¿Su hijo tiene 5 años o más y tiene la misma afección médica que requiere pañales nocturnos? sí