



Eligibilidad del Client

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ **ESTADO:** _____ **CODIGO:** _____

TELEFONO: _____

PERSONAS EN LA FAMILIA: **ADULTOS** _____ **NIÑOS** _____ **MAYOR** _____

Por favor lista de miembros de la familia e indican su categoría de edad. Si se necesita espacio adicional, una lista de los miembros en la parte posterior.

| | Nombre | Señor (60+) | Adultos (18-59) | NIÑOS (0-17) |
|-----|--------|----------------|--------------------|-----------------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |
| 9. | | | | |
| 10. | | | | |

Por favor indique situación de emergencia: _____

Por favor indique si el cliente tiene prueba de participación actual. Debe documentar al numero del caso ó documento visto.

- Programa Alimenticio
- Ayuda al Programa para familias con niños dependientes

- Ingresos de Seguro Suplemental
- Residencia en vivienda Estatal
- Programa de Asistencia en Casa de Bajos Recursos

Yo certifico que la información e ingresos anotados son ciertos y correctos, y que ningun otro miembro de mi casa ha aplicado ó recibido alimentos de USDA durante esta distribución.

Yo entiendo que mal interpretación de necesidad, vender ó intercambiar estos alimentos es prohibido y pudiera resultar in una multa, encarcelamiento ó ambos.

Firme del Jefe de Familia _____

Este programa es disponible a todo destinatario que reúne los requisitos necesarios sin tener en cuenta la raza, color, nacionalidad, edad, sexo ó discapacidad.