



Formulario de admisión **TODA LA INFORMACIÓN RECOPIADA ES CONFIDENCIAL, UTILIZADA PARA FINES DE CONTACTO Y fines de presentación de informes.** Por favor, escriba claramente.



JEFE DE CASA O PERSONA RECOGIENDO.

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIAMIENTO** _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD / VILLA _____ **ZIP:** _____ **CONDADO:** _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ **CORREO ELECTRÓNICO:** _____

MIEMBROS ADICIONALES DE LA FAMILIA	NACIMIENTO	HOMBRE/MUJER/OTRO

Marca con un circulo SI O NO.-No necesita proveer documentacion

¿Hay veteranos en su casa? SI NO

¿Alguien en su hogar recibe asistencia Económica?
(Food Share, WIC, Badger care) SI NO

¿Alguien en su hogar ha solicitado o está recibiendo ingresos por discapacidad?
(SSI o SSDI: no beneficios de seguro social adquiridos por empleo anterior) SI NO

¿Tiene transporte hacia la despensa? ¿O tiene su propio vehículo? SI NO

PREGUNTAS OPCIONALES

¿Cuál es la Cultura principal o el origen étnico de tu hogar? _____

¿Cuál es el idioma principal utilizado en tu hogar? _____

El cliente abajo firmante certifica que la información/respuestas proporcionadas son completas y verdaderas. Además, usted acepta:

- Mission Nutrition DeForest inc. debe usarse como un recurso de emergencia y está destinado a complementar la asistencia adicional o los recursos que pueda recibir.
- Los alimentos se proporcionan por primera vez primer servicio y usted renuncia a Mission Nutrition DeForest Inc. / Second Harvest Foodbank de toda responsabilidad de cualquier naturaleza y acepta los alimentos "TAL CUAL" y bajo su propio riesgo.
- No hay garantía de la cantidad o tipo de alimento o producto dado.
- No venderá los productos alimenticios o los products no alimenticios ni intercambiará / los alimentos o productos no alimenticios por servicios.
- No desechará los desechos y alimentos no deseados en la propiedad pública. Serás responsable y dispondrás de forma privada
- Se prohíbe el comportamiento inapropiado como blasfemias, tirar basura, abuso verbal de voluntarios o cualquier otro comportamiento perturbador. Cualquier comportamiento de este tipo puede resultar en la suspensión o terminación de sus privilegios en Mission Nutrition DeForest Inc.
- Para actualizar la información del hogar según sea necesario o según lo requiera Mission Nutrition DeForest Inc.

GIRE LA PAGINA Y FIRME

Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia

Al firmar a continuación, usted confirma que se le ha presentado y ha comprendido las pautas de Elegibilidad de ingresos 2023-2024. Su firma significa su consentimiento verbal y su reconocimiento de elegibilidad.

Household Size Tamaño del Hogar	Combined Household Annual Income Ingresos Anuales Combinados del Hogar	Combined Household Monthly Income Ingresos Mensuales Combinados del Hogar	Combined Household Weekly Income Ingresos Semanales Combinados del Hogar
1 person/1 persona	\$29,160	\$2,430	\$561
2 people/2 personas	\$39,440	\$3,287	\$758
3 people/3 personas	\$49,720	\$4,143	\$956
4 people/4 personas	\$60,000	\$5,000	\$1,154
5 people/5 personas	\$70,280	\$5,857	\$1,352
6 people/6 personas	\$80,560	\$6,713	\$1,549
7 people/7 personas	\$90,840	\$7,570	\$1,747
8 people/8 personas	\$101,120	\$8,427	\$1,945
9 people/9 personas	\$111,400	\$9,283	\$2,143
10 people/10 personas	\$121,680	\$10,140	\$2,340
11 people/11 personas	\$131,960	\$10,997	\$2,538
12 people/12 personas	\$142,240	\$11,853	\$2,735

Misión Nutrición DeForest tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, identidad de género (incluyendo expresión de género), orientación sexual, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar/paternal, o ingresos derivados de un programa de asistencia pública.

Licencia de conducir Tarjeta de identificación estatal Factura de servicios públicos Otros

FIRMA DEL APLICANTE: _____ FECHA: _____

Despensa en uso. -