



APLICACIÓN PARA EL PROGRAMA DE COMIDA PARA MAYORES DE EDAD

Sitio: _____

SFP#: _____

Por favor, conteste todas las preguntas

(Escriba en letra de molde)

NOMBRE: _____ TELÉFONO: () _____

(Calle)

DIRECCIÓN: _____ APT.# _____

CIUDAD: _____

CÓDIGO POSTAL _____ SEXO: Femenino Masculino FECHA DE NACIMIENTO: _____

NÚMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR (incluyendo usted y todas las personas que viven con usted): _____

INGRESOS DEL HOGAR (el total de los ingresos mensuales de todos los miembros del hogar) \$ _____

INFORMACIÓN ÉTNICA: Hispano/Latino No-Hispano/Latino

RAZA (escoja una)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Blanco |
| <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano | <input type="checkbox"/> Asiático/Blanco |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Negro/Blanco |
| <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Negro |
| <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/ de las Islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> Otro |

REQUISITOS Y REGLAS DEL PROGRAMA:

- Para calificar y ser miembro del Programa de Comida Para Mayores de Edad, hay que tener 55 años o más, cumplir con los requisitos de ingresos y vivir en el condado de Contra Costa o Solano – la edad y el domicilio tienen que ser comprobados.
- Requisito de ingresos (mensuales) son 200% del nivel de pobreza – por ejemplo; hogar de 1 persona \$1,962 o menos, hogar de 2 personas \$2,655 o menos, hogar de 3 personas \$3,348 o menos.
- Las bolsas de comida tienen que ser recogidas en el día de la distribución, durante las horas de la distribución – no se puede tener bolsas en espera.
- Usted tiene que ver la forma para que sus bolsas sean recogidas en caso que no pueda venir al sitio del Programa de Comida Para Mayores de Edad.
- Su nombre será eliminado de la lista si su bolsa no ha sido recogida en seis distribuciones seguidas.
- Notifique a su coordinador del Programa de Comida Para Mayores sobre una enfermedad larga o una vacación.

EL FIRMANTE VERIFICA QUE

- (1) Yo certifico que la información arriba **es verdad y correcto** como lo entiendo.
- (2) Toda la información proveída en esta aplicación es **exacta y completa**.
- (3) Yo soy **la única persona** aplicando para el Programa de Comida para Mayores de Edad.
- (4) Yo aplicaré para ser miembro del Programa de Comida Para Mayores de Edad en **solamente un sitio de distribución**.

Firma: _____ Fecha: _____

Traiga la aplicación a la distribución mas cercana de su casa con sus comprobantes de domicilio y edad.
www.foodbankccs.org