



# 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.