

CASO # _____

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ALIMENTOS Y PRODUCTOS SUPLEMENTARIOS

Por favor complete una solicitud para cada persona que usted esté inscribiendo en el programa.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Verificado por _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Código Postal _____ Verificado por _____

Condado _____ Teléfono Particular _____ Teléfono en el Trabajo _____

MARQUE CON UN CÍRCULO UNA O MÁS OPCIONES (Solamente para fines estadísticos de servicio civil) ¿Es usted
Hispano o Latino? Sí No

1) Indio Americano/Nativo de Alaska 2) Asiático 3) Negro/Afroamericano 4) Nativo de Hawai u Otra Isla del Pacífico 5) Blanco

ES EL SOLICITANTE:

Mujer Hombre Número de Seguro Social _____

ADULTOS SOLAMENTE (elijá una opción solamente): Soltera/o Casada/o Divorciada/o Separada/o Viuda/o

Liste las personas autorizadas para retirar sus alimentos-no más de dos (2): _____

¿Cuántas personas viven en su domicilio? _____ ¿Está usted viviendo con un amigo o pariente? Sí No

Liste todas las personas que viven en su casa e incluya los ingresos de cada persona que trabaja o recibe beneficios.

Nombres de aquellos que TRABAJAN **Horas trabajadas** **Monto Bruto**

_____ Por Hora Semanal Quincenal Mensual Anual

_____ Por Hora Semanal Quincenal Mensual Anual

**Nombres de aquellos que NO TRABAJAN, ESTÁN JUBILADOS, NIÑOS, APARTE DE
USTED**

LISTE LOS MONTOS EN DÓLARES DE CUALQUIER OTRO INGRESO (previo a las deducciones):

TAF _____ Seguro Social _____ Cupones de Comida _____ Discapacidad/SSI _____

Desempleo _____ Pensión/Jubilación _____ DCF/Asistencia General _____ Pago de Familia Sustituta _____

Pago Militar _____ Empleo por cuenta propia _____ Manutención de Niño _____ Ingreso de Intereses _____

Otro _____ Verificado por _____

¿Ha estado antes el solicitante en el programa de alimentos y productos suplementarios (CSFP)? Sí No

¿Son el solicitante o cualquier otra persona viviendo en el hogar Trabajadores Extranjeros? Sí No

¿En un refugio para desamparados? Sí No

Leyendo, firmar y fechando la espalda de esta forma, yo reconozco que la información proporcionada es exacta y completa.
Reconozco que la información proporcionada es precisa y completa. También entiendo que debo notificar al CSFP de todos los
cambios en ingresos, domicilio o composición del grupo familiar dentro de un plazo de 10 días.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.