

2024 HUNT COUNTY SHARED MINISTRIES - APLICACIÓN DE ALIMENTOS

FECHA: ____/____/____

NOMBRE: _____ ESPOSO(A)/PAREJA: _____

DIRECCIÓN: _____ APT/LOT# _____ CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

FUI REFERIDO AL HCSM POR: NOMBRE/ORGANIZACIÓN _____

¿HAY ALGUIEN EN EL HOGAR SUFRIENDO DE UNA ENFERMEDAD EMOCIONAL O MENTAL? _____

¿HAY ALGUIEN EN EL HOGAR CON UN ENFERMEDAD FÍSICA? _____ **¿INCAPACITADO?** _____

¿ALGUIEN EN EL HOGAR ES VETERANO? SI _____ O NO _____ ¿QUIÉN? _____

	NOMBRES DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR	RELACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	INGRESO	ÚLTIMOS CINCO (5) NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL
1		(tu)			- - - - -
2					- - - - -
3					- - - - -
4					- - - - -
5					- - - - -
6					- - - - -
7					- - - - -
8					- - - - -
9					- - - - -
10					- - - - -

de adultos mayores de 60 años o más # de adultos 18-59 # de niños 0-17

ENTIENDO QUE ES MI RESPONSABILIDAD PROPORCIONAR LA DOCUMENTACIÓN ADECUADA Y EXACTA DE LA NECESIDAD. ADEMÁS, ENTIENDO QUE MI PROPORCIONAR DE CUALQUIER DOCUMENTACIÓN REQUERIDA O PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA PUEDE CAUSAR QUE SE LE NEGUE LA AYUDA. LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA A HUNT COUNTY SHARED MINISTRIES ES EXACTA HASTA MIS CONOCIMIENTOS. DOY PERMISO A LAS AGENCIAS DE AYUDA PARA INTERCAMBIAR INFORMACIÓN SOBRE MIS FINANCIERAS, MÉDICAS, FAMILIARES Y CIRCUNSTANCIAS PERSONALES CON HUNT COUNTY SHARED MINISTERIES.

Firma: _____ Fecha: _____

PROPORCIONAR I.D., SNAP LETTER, UTILITY BILL

Driver's License or Passport Current Utility Bill

SNAP Letter SNAP Exp Date: _____ SNAP Load Day: _____

EL DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DE LOS ESTADOS UNIDOS PROHÍBE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA SUS CLIENTES, EMPLEADOS Y SOLICITANTES DE EMPLEO POR MOTIVOS DE RAZA, COLOR, ORIGEN NACIONAL, EDAD, DISCAPACIDAD, SEXO, IDENTIDAD DE GÉNERO, RELIGIÓN, REPRESALIAS Y, CUANDO CORRESPONDA, CREENCIAS POLÍTICAS, ESTADO CIVIL, ESTADO FAMILIAR O PARENTAL, ORIENTACIÓN SEXUAL, O LA TOTALIDAD O PARTE DE LOS INGRESOS DE UN INDIVIDUO SE DERIVA DE CUALQUIER PROGRAMA DE ASISTENCIA PÚBLICA. O INFORMACIÓN GENÉTICA PROTEGIDA EN EL EMPLEO O EN CUALQUIER PROGRAMA O ACTIVIDAD REALIZADA O FINANCIADA POR EL DEPARTAMENTO. (NO TODAS LAS BASES PROHIBIDAS SE APLICARÁN A TODOS LOS PROGRAMAS Y/O ACTIVIDADES DE EMPLEO). SI DESEA PRESENTAR UNA QUEJA DE DISCRIMINACIÓN DEL PROGRAMA DE DERECHOS CIVILES, COMPLETE EL FORMULARIO DE QUEJA DE DISCRIMINACIÓN DEL PROGRAMA DEL USDA, QUE SE ENCUENTRA EN LÍNEA EN [HTTP://WWW.ASCR.USDAGOV/COMPLAINT CUST.HTML](http://www.ascr.usdagov/complaintcust.html) DE PRESENTACIÓN, O EN CUALQUIER OFICINA DEL USDA, O LLAME AL (866) 632-9992 PARA SOLICITAR EL FORMULARIO. TAMBIÉN PUEDE ESCRIBIR UNA CARTA QUE CONTENGA TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN EL FORMULARIO. ENVÍENOS SU FORMULARIO DE QUEJA O CARTA COMPLETA POR CORREO AL DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DE LOS ESTADOS UNIDOS, DIRECTOR, OFICINA DE ADJUDICACIÓN, 1400 INDEPENDENCE AVENUE, SW, WASHINGTON, D.C. 20250-9410, POR FAX (202) 690-7442 O CORREO ELECTRÓNICO A PROGRAM.INTAKE@USDA.GOV. LAS PERSONAS SORDAS, CON DIFICULTADES AUDITIVAS O CON DISCAPACIDADES DEL HABLA PUEDEN COMUNICARSE CON EL USDA A TRAVÉS DEL SERVICIO FEDERAL DE RETRANSMISIÓN AL (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (ESPAÑOL). EL USDA ES UN PROVEEDOR Y EMPLEADOR DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES.

DATE: _____ INTERVIEWER: _____

DATE: _____ INTERVIEWER: _____

DATE: _____ INTERVIEWER: _____

DATE: _____ INTERVIEWER: _____

DATE: _____ INTERVIEWER: _____