



APLICACIÓN PARA EL BANCO DE COMIDA Y APOYO DE LA COMUNIDAD

Núm. de teléfono 970-870-8804 Núm. de fax 970-870-1935

Necesita presentar su identificación para recibir servicios

Favor de decirnos si le gustaría información para apoyo espiritual.

Nombre _____ Inicial Segundo _____ Apellido _____

Fecha de Nacimiento: _____ Núm. De teléfono _____ Raza/Etnia: _____

ID: Estado/País _____ ID#: _____

¿Cuándo se mudó al condado de Routt? _____

Dirección física _____
Calle Cuidad Estado Código

Dirección postal (si es diferente) _____

Ha recibido asistencia de LiftUp anteriormente? _____ Recibes SNAP (estampías de comida)? _____

Ha aplicado para SNAP? _____ Trabaja solamente la temporada? _____ Necesita entrenamiento para trabajar? _____

Si no está trabajando, está buscando empleo? _____

ESPOSO(A)/PAREJA:

Nombre _____ Inicial Segundo _____ Apellido _____

Fecha de Nacimiento: _____ Núm. De teléfono _____ Raza/Etnia: _____

DEPENDIENTES: (niños)

(Si hay otros adultos en el hogar, ellos deben de llenar su propia aplicación.)

Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Parentesco
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

INFORMACION DE INGRESOS:

<u>Solicitante</u>	<u>Espos(a)/Pareja</u>
Empleador: _____	Empleador: _____
Ingresos de un mes: \$ _____ cada hora _____ horas a la semana \$ _____ Total (x4 semanas)	Ingresos de un mes: \$ _____ cada hora _____ horas a la semana \$ _____ Total (x4 semanas)
Fecha de próximo cheque _____	Fecha de próximo cheque _____
Jubilación/Seguro Soc.: mensualmente _____	Jubilación/Seguro Soc.: mensualmente _____
Beneficios por incapacidad: mensualmente _____	Beneficios por incapacidad: mensualmente _____
Mantenimiento de niño(s): _____	Mantenimiento de niño(s): _____
Asistencia Alimenticia: _____	Asistencia Alimenticia: _____
Está recibiendo desempleo?: _____	Está recibiendo desempleo?: _____
Hay otro ingreso que recibe? (Incluyendo renta de compañeros en su casa, etc.) _____	Hay otro ingreso que recibe? (Incluyendo renta de compañeros en su casa, etc.) _____

INGRESOS TOTAL RECIBIDO EN EL MES MAS RECIENTE _____

CONTINUE AL REVERSE ----->

Por favor explique específicamente porque está buscando asistencia del Banco de Comida:

Si tiene otra clase de ayuda, favor de preguntar por la Aplicación para Asistencia Financiera.

** Necesitara hablar con la trabajadora para asistencia adicional.*

RECONOCIMIENTO DE APLICANTE:

La información dado en esta aplicación es verdadero y lo que yo sepa. Entiendo que recibiré productos gratuitamente. Entiendo que Lift-Up no está responsables para la condición de la comida o productos no perecibles. Por consiguiente, yo libero, renuncio, indemnizo, y guardo Lift-Up inocente de y contra cualquier/todo reclamo por daño, perjuicio y gastos de cualquier tipo.

Yo (NOMBRE) _____, doy autorización al personal de Lift-Up para obtener y/o compartir información necesaria de/con la persona u organización que pueda ayudarme en recibir asistencia en el caso de emergencia (por ejemplo, el propietario, iglesia, Departamento de Servicios Sociales, etc.). Entiendo que toda información que se pide es solo con la intención de recibir asistencia en mi caso de emergencia y se mantendrá confidencial. La información dada en esta aplicación es verdadera en mi conocimiento. Yo entiendo que si recibo asistencia, Lift-Up va a escribir un cheque directamente al vendedor (por ejemplo, el Propietario / Compañía de Hipoteca, oficina/proveedor médica, etc.)

Firma _____ Fecha _____

OFFICE USE ONLY:

Staff signature _____ ID Photocopied? _____

Resident

Non-resident

Seasonal

Transient

The Food Bank is a Routt County United Way Agency. All gifts are made possible through the generous donations of businesses, civic groups, churches and individuals. Services are based on need and availability. Referrals to other agencies may be offered to meet other needs.