

SOLICITUD EN ESPAÑOL

- La persona quien llena esta solicitud y recoge la comida es considerada como jefe de familia. Esta persona debe de traer algún tipo de identificación en **CADA** visita.
- Para verificar a todos los miembros de la familia, necesitamos ver uno de estos documentos **por cada individuo:** cédula, pasaporte, tarjeta de seguro médico, tarjeta de Seguro Social, identificación escolar, etc.
- **Anualmente** vamos a requerir algo recibido por correo para poder re-verificar la dirección de su domicilio.

Nombre _____
Nombre Segundo nombre Apellidos paterno y materno

Fecha de nacimiento _____ Sexo _____ Etnicidad _____

Sin hogar

Dirrección _____ # de apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono (_____) _____ Correo electrónico _____

REPRESENTANTE: Esta persona puede recoger la comida para la familia. Para recibir la comida, el/la representante debe de traer su identificación **y** la identificación de la persona que llenó esta solicitud.

Nombre de representante _____
Nombre Apellidos paterno y materno

| NO marcar | Nombres de los miembros de la familia | Fecha de nacimiento | Sexo | Etnicidad |
|--------------|---------------------------------------|------------------------|------|-----------|
| Y or N 1 | | | | |
| Y or N 2 | | | | |
| Y or N 3 | | | | |
| Y or N 4 | | | | |
| Y or N 5 | | | | |
| Y or N 6 | | | | |
| Y or N 7 | | | | |
| Y or N 8 | | | | |
| Y or N 9 | | | | |
| Y or N 10 | | | | |

Mi promesa a cambio de la comida que recibo hoy:

- Declaro que los ingresos combinados de todos los miembros de mi familia es menos que los límites de ingresos aquí anunciados; y
- Declaro que los nombres enumerados como miembros de mi familia son los que viven en mi casa y que son los únicos con quienes voy a compartir la comida que recibo de esta organización; y
- Libero a esta organización, el USDA, el estado de Wisconsin y sus agentes de cualquier responsabilidad que puede resultar por recibir y utilizar esta comida de parte mía; y
- Declaro que la información aquí aportada es cierta y correcta; y
- Entiendo que una certificación falsa puede resultar en el deber de pagar el valor de mis beneficios y también puede resultar en cargos y el inicio de un enjuiciamiento bajo estatutos estatales y federales.



Firma _____ Fecha _____ / _____ / _____

Solo para uso oficial: Drive Walk Gateway **Applicant ID** YES or NO **Applicant Mail** YES or NO

Received BY:

