

**KEYPORT FOOD PANTRY APLICACIÓN DEL CLIENTE**  
**POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE Y**  
**CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS**

Fecha: \_\_\_\_\_ Recipiente ID # (asignado por el Keyport Food Pantry): \_\_\_\_\_

Referido al Keyport Food Pantry por: \_\_\_\_\_

¿Es usted Veterano de los Estados Unidos o Esposo/a de un Veterano de los Estados Unidos? Si/No) \_\_\_\_\_

Solicitante y/o Esposo/a (si vive con usted) sobre la edad de 62? – (Si/No) \_\_\_\_\_

Nombre (Apellido): \_\_\_\_\_ (Primer): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apto. # o Piso \_\_\_\_\_

Pueblo: \_\_\_\_\_ Zona postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Casa o Celular: \_\_\_\_\_

Nombre de Esposo/a (si vive con usted): \_\_\_\_\_

**NO SE INCLUYA USTED O SU ESPOSO/A EN ESTA SECCION.**  
**Otros adultos sobre la edad de 18 años de edad que viven con usted.**

Nombre	Relación al solicitante	Sobre la edad de 62? (Si/No)

**Niños menores de 18 años de edad que viven con usted.**

Primer Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (M or F)	Primer Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (M or F)

**ESTA SECCION ES SOLAMENTE PARA EL USO DE LA DISPENSA (KMFP)**

**QUALIFYING REASON – (INTERVIEWER CIRCLE ALL THAT APPLY)**

1. TANF (Temporary Assistance for Needy Families – Social Services Program)
2. FOOD STAMPS – (Ran out/Insufficient, Lost, Stolen, Not received, etc.)
3. SSI (Supplemental Security Income) – NOT SOCIAL SECURITY
4. WIC (Women & Infants & Children)
5. MEDICAID
6. LOW INCOME – (per USDA guidelines)
7. DISASTER – (Other – divorce, domestic violence, unusual expense, loss of employment, etc.) Explain in note section.

**(Siguiete)**

**KEYPORT FOOD PANTRY APLICACIÓN DEL CLIENT**  
**POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE Y**  
**CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS**

**Información Financiera:**

¿Usted ha aplicado para ayuda del condado? Si/No \_\_\_\_\_ ¿Cupones de Alimentos? Si/No \_\_\_\_\_

<b>Ingreso Total Mensualmente de su Familia</b> (antes de impuestos o cualquier otras deducciones)	\$ _____
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------

Detalles de Ingresos	Cantidad o N/A*	Comentarios
¿Cual es el ingreso total <u>semanal</u> de todos que <u>trabajan</u> en su familia?	\$ _____	
¿Cuanto recibe en SSI y/o ayuda del condado (Welfare)?	\$ _____	
¿Cuánto recibe en Cupones de Alimentos?	\$ _____	
¿Cuánto recibe en Asistencia de Alquiler (del Condado)?	\$ _____	
¿Cuánto recibe en ayuda de su familia y/o amistades?	\$ _____	
¿Otros ingresos? – Desempleo, Pensión, Seguro Social, Soporte de niños, etc. (mensual <u>o</u> semanal)	\$ _____	

\*N/A = No Aplica

Gastos Mensuales	Cantidad o N/A*	Comentarios
Hipoteca o Impuestos si no tiene hipoteca	\$ _____	
Alquiler	\$ _____	
Gas (promedio mensual)	\$ _____	
Electricidad (promedio mensual)	\$ _____	
Teléfono (promedio mensual)	\$ _____	
Otros gastos?	\$ _____	

\*N/A = No Aplica

Yo estoy recibiendo una donación de una dispensa de alimentos de emergencia (*Keyport Ministerium Food Pantry*). Yo libero la dispensa (*Keyport Ministerium Food Pantry*) de toda responsabilidad de cualquier motivo y acepto los productos de alimento “tal como están” a mi propio riesgo. Yo certifico que la información que he sometió en esta solicitud es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. El *Keyport Ministerium Food Pantry* recibe alimentos del *Departamento de Agricultura de Estados Unidos* y yo (*solicitante*) entiendo que una declaración falsa en esta solicitud constituye defraudar al gobierno y dará lugar a la revocación inmediata de cualquier ayuda caritativa del *Keyport Ministerium Food Pantry*.

*Firma del solicitante:* \_\_\_\_\_

**ESTA SECCION ES SOLAMENTE PARA EL USO DE LA DISPENSA (KMFP)**

**NOTES:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Proof of I.D. provided (Yes/No): \_\_\_\_\_ KMFP Interviewer initials: \_\_\_\_\_