

ADMISIÓN DE CLIENTES

NOMBRE _____
 (Apellido) (Nombre)

DIRECCIÓN _____
 Calle Ciudad/Pueblo Código postal

N.º DE TELÉFONO _____

	Mencione todos los miembros del grupo familiar	Ingreso mensual neto	¿Militar o veterano?	Raza*	Hispano S/N	Fecha de nacimiento	M/F	Relación con usted
1	Yo							Yo
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								

*Opciones de RAZA

W	Blanca	AI	Indio americano/Nativo de Alaska
B	Negro/Afroamericano	AI/W	Indio americano/Nativo de Alaska y Blanco
B/W	Blanco y Negro	AI/B	Indio americano/Nativo de Alaska y Negro
A	Asiática	PI	Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico
A/W	Asiático y Blanco	O	Otro multirracial o Desconocido

Año de solicitud 1 Ingreso mensual neto del grupo familiar (Todas las fuentes, después de impuestos) \$ _____	Año de solicitud 2 Ingreso mensual neto del grupo familiar (todas las fuentes, después de impuestos) \$ _____	Año de solicitud 3 Ingreso mensual neto del grupo familiar (todas las fuentes, después de impuestos) \$ _____
---	---	---

SOLO PARA USO DEL PERSONAL Categoría de ingresos: _____ Fecha de verificación de ingresos y de identidad: _____ Iniciales del personal: _____	SOLO PARA USO DEL PERSONAL Categoría de ingresos: _____ Fecha de verificación de ingresos y de identidad: _____ Iniciales del personal: _____	SOLO PARA USO DEL PERSONAL Categoría de ingresos: _____ Fecha de verificación de ingresos y de identidad: _____ Iniciales del personal: _____
---	---	---

Eatonville Family Agency
Política de estándares de elegibilidad del cliente

PROPÓSITO:

El propósito de esta política implementada por Eatonville Family Agency Food Bank (EFA) es garantizar que todas las personas elegibles que buscan asistencia alimentaria reciban ayuda. Esto sirve como guía para ayudar a determinar la elegibilidad.

RESPONSABILIDADES DE LA EFA:

1. Completar una Solicitud de admisión de clientes para todas las personas que usan productos del banco de alimentos de la EFA y otros servicios al cliente.
2. Se aceptan los siguientes documentos para verificar la prueba de ingresos: Declaración jurada
3. Mantener un expediente de cliente seguro durante un mínimo de siete años.
4. Darle a los clientes comida del banco de alimentos dos veces al mes y productos básicos una vez al mes.
5. Servir a los clientes independientemente de su raza, color, país de origen, sexo, edad, creencias políticas, religión, discapacidad o represalias por actividades anteriores de derechos civiles y todas las demás clases protegidas según lo considere la ley.

CALIFICACIONES DE INGRESOS DEL CLIENTE:

La EFA usa los límites de ingresos actuales del programa CDBG del condado de Pierce para determinar la elegibilidad de los clientes del banco de alimentos y la categoría de ingresos según lo indicado por el Department of Housing and Urban Development (Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano –HUD-). Esta información se usará con fines de presentación de informes en el condado de Pierce y para otros cesionarios. La EFA también usa las Directrices de Elegibilidad de Ingresos del Programa de Asistencia de Alimentos de Emergencia (TEFAP) para determinar la elegibilidad de los productos básicos. Todas las directrices de ingresos se publican para la información del cliente.

CONSIDERACIONES ADICIONALES:

1. La definición de familia incluye a todas las personas que viven en la misma casa y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción e incluye a los niños dependientes que viven fuera de la casa.
2. Si varias familias residen dentro de la casa y no están directamente relacionadas (según la definición de familia), cada familia tiene derecho a presentar una solicitud como cliente separado y recibir comida.
3. Si varias familias residen en la misma propiedad pero en diferentes refugios (p. ej., remolques, tiendas de campaña, casas de huéspedes, etc.), se puede acomodar a cada grupo familiar a discreción de la agencia.

POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD DEL CLIENTE:

1. La información personal que se recopila, usa o adquiere sobre cualquier programa financiado por el estado se usará únicamente para los fines de ese programa. Nunca compartiremos ninguna información de identificación con ninguna agencia, organización o individuo. Ocasionalmente compartiremos comentarios o datos demográficos anónimos.

***Yo/nosotros certifico/certificamos que las declaraciones en esta solicitud son verdaderas a mi leal saber y entender.**

***Yo/nosotros entendemos que cualquier declaración falsa hecha en esta solicitud puede causar que yo/nosotros seamos descalificados para los servicios.**

Nombre en letra de molde

Año de solicitud 1 _____
Firma

Fecha

Año de solicitud 2 _____
Firma

Fecha

Año de solicitud 3 _____
Firma

Fecha