Formulario de inscripción

Actualizado:5/9/25

Pedimos información básica para entender mejor a quiénes servimos y abogar por las necesidades de nuestra comunidad. Solo necesita completarlo una vez. Por favor, llene este formulario hoy y entréguelo a un voluntario. Escriba de manera legible y complete tantos campos como pueda.

Nombre: _____ (NOMBRE DE PILA) _____ (APELLIDO)

Fecha de nacimiento: ___/___/___ (MES DÍA AÑO)

de teléfono: (___) ___-____

☐ Autorizo el contacto

Sex o: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Transgénero ☐ Otro: _____

Raza: ☐ Blanco ☐ Hispano/Latino o Español ☐ Negro o Afro-Americano ☐ Asiático ☐ Nativo Americano ☐ Del Medio Oriente o Africano del Norte

☐ Nacido en Hawaii o en las Islas del Pacífico ☐ Otro: _____ ☐ No sé / prefiero no cont est ar

Contact: Address: _____ (Calle) _____ (Ciudad) _____ (Estado) _____ (código postal)

Vivienda: (DEPENDIENTE)Complete la información de OTROS MIEMBROS de su hogar:

Nombre completo:	Fecha de nacimiento: MES DÍA AÑO	O	Edad	Sexo	Raza
	/ /	O			
	/ /	O			
	/ /	O			
	/ /	O			
	/ /	O			
	/ /	O			
	/ /	O			
	/ /	O			
	/ /	O			
	/ /	O			

¿Alguien de su familia (incluyéndose Ud.) recive ayuda SNAP o cupones del alimento? Esta Pregunta no afecta el sercvicio ☐ Sí ☐ No ☐ No sé/prefiero no contestar

Si desea más información sobre SNAP, llame 1-855-444-5556 (ResidentesdeNebraska) o 1-855-944-3663 (ResidentesdeIowa).

Si tiene preguntas contacte un miembro del personal o visite
FoodBankheartland.org/Service-Insights

FOODBANK FOR THE HEARTLAND | PARTNER FOOD BANK OF FEEDING AMERICA

Formulario para consentimiento de apoderado

Por favor llene la información a continuación del Beneficiario para el Programa de Asistencia para Emergencias (TEFAP por sus siglas en ingles)

Nombre del Beneficiario _____

Dirección _____

Ciudad y Código Postal _____

Número de teléfono _____

Por la presente nombro a _____ _____ (Nombre de Apoderado)
Primer Nombre Apellido

como mi apoderado para firmar los documentos necesarios, y recoger mis beneficios alimenticios de la siguiente agencia:

_____ _____
Nombre de Agencia Ciudad

Entiendo que asumo la responsabilidad total por las acciones de mi apoderado. Le informaré de los procedimientos apropiados cuando actúe en representación mía Mi firma confirma mi elegibilidad continúa para beneficios alimenticios.

_____ _____
Firma de Beneficiario Fecha

_____ _____
Firma de Apoderado Fecha

Agency Use Only - Approved By:

_____ _____ _____
Print Name **Signature** **Date**

En conformidad con la ley Federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), el USDA, sus Agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participen en o administren programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalias o retaliación por actividades previas en derechos civiles, para cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para la información del programa (p. ej. Braille, macrotipo, reproducciones en audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben contactar a la agencia (del Estado o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas que sean sordas, tengan problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Federal Relay Service (Servicio Federal de Retransmisión) al (800) 877-8339. Adicionalmente, la información sobre el programa se puede hacer disponible en idiomas que no sean inglés. Para presentar una queja por discriminación, llene el formulario

USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina de USDA o escriba una carta a USDA y provea en la carta toda la información que se pide en el formulario. Envíe el formulario lleno o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 202509410; Por fax: (202) 690- 7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

NEBRASKA
Good Life. Great Mission.
DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Departamento de Sanidad y Servicios Humanos
División de Servicios para la Infancia y la Familia
ProgramadeAyudaAlimentariadeEmergencia (TEFAP)

Derecho a llevarse comida a casa

Yo, el abajo firmante, estoy de acuerdo en indemnizar y mantener indemne a este Agente y al Estado de Nebraska, sus Departamentos, funcionarios, agencias y empleados de cualquier y todas las reclamaciones, demandas, daños costos, gastos, acciones y causas de acción de cualquier acto u ocurrencia relacionada con la emisión y aceptación de los alimentos donados por el USDA.

Asimismo, certifico que los ingresos brutos actuales de mi hogar son iguales o inferiores a los importes de ingresos mensuales actuales o que participo en uno de los siguientes programas: Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP), Ayuda a Menores Dependientes (ADC), Ayuda a Ancianos, Ciegos y Discapacitados (AABD), Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP), Sólo por motivos médicos, Discapacidad del Estado o Programa de Reasentamiento de Refugiados (RRP).

Ingresosmensuales(180%delnivelfederal de pobreza)

Tamaño del hogar	Importe mensual de los ingresos	Tamaño del hogar	Importe mensual de los ingresos
1	$2,394	6	$6,654
2	$3,246	7	$7,506
3	$4,098	8	$8,358
4	$4,950	Cada miembro adicional del hogar	Añadir 852
5	$5,802		

Por favor, complete la siguiente información:

Tamaño de la familia:_____ ¿Hay menores de 18 años en la familia? □Sí □ No

Dirección: _____

De acuerdo con la Ley Federal de Derechos Civiles y las normativas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identificación de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA.
Las personas con discapacidad que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de signos americano, etc.), deben ponerse en contacto con la Agencia (estatal o local) en la que solicitaron las prestaciones. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés.
Para presentar una queja por discriminación en un programa, rellene el formulario USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) que encontrará en línea en: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y facilite en ella toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta cumplimentados al USDA por: (1) correo postal: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax:
(202)690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@ usda.gov .

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.
Firma: _____ Fecha: _____