

# THE FOOD BANK NETWORK OF SOMERSET COUNTY



## FORMULARIO DE SOLICITUD / APPLICANT FORM

Proof Provided:  ID  Address Fecha / Date: \_\_\_\_\_

1. Nombre \_\_\_\_\_ Edad / Age \_\_\_\_\_  
Apellido / Last Nombre / First

2. Domicilio \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código Postal

3. Número de Teléfono \_\_\_\_\_  Número de Celular?

4. Como se enteró del Food Bank?  Amigo(a)  Sitio Web  Otro \_\_\_\_\_

5. Miembros de La Familia Que Residen en Su Casa

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Relación</u>
a. _____		
b. _____		
c. _____		
d. _____		
e. _____		

6. Cantidad Total de Ingreso Mensual \$ \_\_\_\_\_

7. Indique Los Recursos de Ingreso y Las Cantidades

Cuenta Bancaria Cheques	\$ _____	Desempleo	\$ _____	Seguro Social	\$ _____
Cuenta Bancaria Ahorros	\$ _____	Beneficios SNAP	\$ _____	Otros Beneficios	\$ _____

8. ¿Existe otras personas que comparten los gastos de la casa con usted?  Sí  No

9. ¿Está capacitado para trabajar?  Sí  No - Por favor la razón \_\_\_\_\_

10. ¿Durante el último mes, fue alguna vez al Servicio de Trabajo (Oficina de Desempleo)?  Sí  No

11. ¿Qué tipo de trabajo está buscando? \_\_\_\_\_

12. ¿Hay otros miembros en su familia que están trabajando?  Sí - Indique abajo  No

<u>Nombre</u>	<u>Salario Que Contribuye Para Los Gastos De La Casa</u>
a. _____	\$ _____
b. _____	\$ _____

13. ¿Qué cantidad paga por la renta? \$ \_\_\_\_\_  Mensual  Semanal

14. ¿Cuánto paga por las utilidades (Electricidad, Agua, Gas)? \$ \_\_\_\_\_  Mensual  Semanal

15. ¿Tiene otros gastos adicionales (ej., Medico, Automóvil)?  Sí - Indique abajo  No

<u>Gastos / Cantidades</u>	<u>Gastos / Cantidades</u>
a. _____ \$ _____	b. _____ \$ _____

16. Comentarios Adicionales (ej., Alergia alimentos) \_\_\_\_\_

Si en alguna oportunidad participo en algún programa de asistencia pública (ej., Asistencia Social, Estampilla de Alimentos) doy mi permiso para que mis registros sean compartidos con el *Food Bank Network Somerset County*.

Firma / Signature \_\_\_\_\_