



**Community Food Bank  
Food Box Distribution**

Pantry Client Information Form (revised 9/15/2014)

3003 Country Club Rd

PO Box 26727 Tucson, AZ 85726-6727

520-622-0525 - Fax 520-882-0481

Persona Principal-(Recibiendo servicios) Letra de Molde

Fecha \_\_\_\_\_  
Mes/Día/Año

Apellido Completo: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Conocido como \_\_\_\_\_ Sin hogar

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: AZ CP: \_\_\_\_\_

Teléfono: (520) \_\_\_\_\_ Casa o Cel \_\_\_\_\_

**Etnicidad (Marque sólo uno)**

Asiático  Negro Afroamericano  Hispano  Nativo Indoamericano  Pacifico Isleno  Blanco Caucásico  Otro

- Está embarazada \_\_\_\_\_ Comentarios: \_\_\_\_\_
- Es padre/madre quien reside con por lo menos un menor de 18 años de edad
- Soltera, Cabeza de la familia
- Individuo 21 años o más, parte de una pareja que vive juntos

**Otros Miembros**

Por cada miembro de familia marque la Etnicidad con la letra que corresponda:

Asiatico  Negro afroamericano  Hispano  Indio Americano  Pacifico Isleño  Blanco Caucasico  Otro

|    | Apellido<br>Letra de Molde | Nombre(s)<br>Letra de Molde | Fecha de Nacimiento<br>Mes/Día/Año | Edad | Sexo<br>M/F | Etnicidad* | Parentesco con<br>cliente principal |
|----|----------------------------|-----------------------------|------------------------------------|------|-------------|------------|-------------------------------------|
| 1  |                            |                             |                                    |      |             |            |                                     |
| 2  |                            |                             |                                    |      |             |            |                                     |
| 3  |                            |                             |                                    |      |             |            |                                     |
| 4  |                            |                             |                                    |      |             |            |                                     |
| 5  |                            |                             |                                    |      |             |            |                                     |
| 6  |                            |                             |                                    |      |             |            |                                     |
| 7  |                            |                             |                                    |      |             |            |                                     |
| 8  |                            |                             |                                    |      |             |            |                                     |
| 9  |                            |                             |                                    |      |             |            |                                     |
| 10 |                            |                             |                                    |      |             |            |                                     |

Marque la cajita TANT para elegibilidad si cumple por lo menos una de las condiciones siguientes: 1) Esta embarazada, 2) Es padre/madre (de 21 or mas años de edad) quien reside con por lo menos un menor de 18 or menos años de edad, 3) es individuo (de 21 or mas años de edad) parte de una pareja quienes viven juntos. Certifico que poseo los Requisitos de elegibilidad para recibir productos USDA. Los ingresos de mi hogar no exceden del 185% del Nivel de Pobreza Federal (FPL). Ni yo o nadie de mi familia hemos recibido productos de USDA desde ningun otro centro de distribucion durante este mes. No vendere, traficare, cambiare, or canjearé estos productos por servicios. Resido en el area geografica servida por este centro de distribucion.

Mi firma certifico que no hago responsable al Community Food Bank (CFB) ni a las instituciones afiliadas al CFB de cualquier cargo o problema que pueda suscitarse de la comida o los donativos. Doy permiso a que utilicen mi información para solicitar donativos gubernamentales o privadas.

Firma del Cliente \_\_\_\_\_ Firma del representante de la agencia \_\_\_\_\_

Nombre de la Agencia \_\_\_\_\_