



2024-2025 FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Uso Exclusivo Banco de Alimentos

PLACARD: MEMBER #: _____
ID VERIFIED (INT) _____
SL TH MS HS

¿VIVE USTED EN
SUSQUEHANNA TOWNSHIP?

SÍ ☐ NO ☐

NO
complete
este
formulario

FAVOR DE ESCRIBIR CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ TELÉFONO: _____
DIRECCIÓN: _____ CP: _____ ¿Podemos enviarle mensajes SMS? Sí ☐ No ☐
Correo electrónico: _____ ¿Tiene acceso a Internet? Sí ☐ No ☐
Vivo: En una casa ☐ En un apartamento ☐ En un hotel ☐ En un albergue ☐ Con amigo/familiar ☐ Otro: _____
Cuántos viven en ese domicilio: _____ Cuántos tienen: 0-17 años: _____ 18-59 años: _____ más de 60 años: _____

ESCRIBA EL NOMBRE, EL CUMPLEAÑOS Y LA EDAD DE TODOS LOS HABITANTES DE SU DOMICILIO: *(usted incluso)*

Nombre	Apellidos	Cumpleaños (m/f/a)	Edad	Asiste a las escuelas DEST
1. _____	_____	_____	_____	☐
2. _____	_____	_____	_____	☐
3. _____	_____	_____	_____	☐
4. _____	_____	_____	_____	☐
5. _____	_____	_____	_____	☐
6. _____	_____	_____	_____	☐
7. _____	_____	_____	_____	☐
8. _____	_____	_____	_____	☐

De ser necesario, agregue personas adicionales al reverso.

PONGA UN CÍRCULO ALREDEDOR DE TODOS LOS IDIOMAS

English नेपाली español اردو
ਪੰਜਾਬੀ 中文 ह हिंदी русский
العربية tiếng Việt Kreyòl Ayisyen
Bosna ગુજરાતી Otro: _____

QUE EN SU CASA SE HABLEN:

SU RAZA: *(La información que usted proporciona aquí puede ayudarnos cuando solicitamos becas y subvenciones.)*

Blanco ☐ Negro o Afroamericano ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawái o de la Polinesia ☐ Amerindio/Nativo de Alaska ☐

NECESIDADES ALIMENTARIAS

FAVOR DE MARCAR LO QUE USTEDES **NO** COMEN:

RES, NO ☐ PUERCO, NO ☐ POLLO, NO ☐ PESCADO, NO ☐ CONSERVAS, NO ☐ LECHE, NO ☐ HUEVOS, NO ☐ QUESO, NO ☐

FAVOR DE MARCAR SI USTEDES CONSUMEN COMIDA:

HALAL, SÍ ☐ SOLO CARNE ☐ HALAL, SÍ ☐ SOLO ☐ VEGETARIANO ☐ SÍ ☐ VEGETARIANO ☐ SÍ ☐ VEGANO ☐

SIN RESTRICCIONES ALIMENTARIAS: ☐ Anote cualquier **alergia a la comida**: _____

Intentamos acomodar las restricciones alimentarias fundadas en motivos religiosos, culturales o relacionados con la salud. También pueden estar disponibles comidas sin gluten, bajas en sodio o azúcares o conformes con otras necesidades alimentarias; favor de preguntar en caso de requerirlas.

OTRAS NECESIDADES

1. ¿Le gustaría recibir la ayuda del **TRABAJADOR SOCIAL DE LA ESCUELA**? SÍ ☐ NO ☐
2. ¿Actualmente recibe **BENEFICIOS SNAP?** (*Programa de Asistencia Alimentaria Suplemental, por sus siglas en inglés*) SÍ ☐ NO ☐
así, ¿le gustaría aprender más sobre conseguir comida GRATIS con SNAP? SÍ ☐ NO ☐
3. ¿Necesita usted **PAÑALES PARA ADULTOS**? SÍ ☐ NO ☐ 4. ¿Es usted **VETERANO**? SÍ ☐ NO ☐

¿CÓMO SE ENTERÓ DE HANNA's Pantry?

Redes Sociales ☐ Web del Banco de Alimentos ☐ Escuela ☐ Boletín del Township ☐

SI UD. ESTÁ ENFERMO O NO PUEDE ASISTIR A UNA DISTRIBUCIÓN

Puede darle permiso a un **REPRESENTANTE**, también conocido como **substituto o suplente**, para que este recoja sus abarrotes en lugar de Ud. – no más escriba el nombre de esa persona abajo. **Así, si usted no puede asistir a una distribución, esta persona puede asistir por usted.** Asegúrese de poner su nombre también en el reverso del formulario de la USDA.

Nombre Representante: _____ Firma Representante: _____ Fecha Control Cédula: _____

CERTIFICACIÓN Y CONVENIO DE LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Doy fe que la información que he proporcionado es correcta según mi leal saber y entender. Reconozco que no se requiere ningún pago ni donativo por la comida y los productos que yo reciba. Afirmo que no venderé ni trocaré por propiedad o servicios nada de lo que reciba de HANNA's Pantry, Inc.

Libero a HANNA's Pantry, Inc., a sus empleados, a sus voluntarios a sus donantes de cualquier responsabilidad que pueda resultar de la comida y los productos distribuidos y acepto eximirlos de toda responsabilidad, daños, perjuicios, pérdidas, reclamos, causas de acción y demandas o injusticia o cualquier obligación que pudiere surgir de o atribuirse a cualquier acción durante la implementación de este programa de distribución de alimentos. HANNA's Pantry, Inc. ofrece igualdad de oportunidades en la prestación de sus servicios.

Firma de Ud. _____ Fecha _____

2024-2025

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA PAÑALES

MEMBER #: _____ DI
DIAPER BANK#: _____
DIAPER BANK#: _____

HANNA's Pantry tiene como socio al **Banco de Pañales Healthy Steps**, que provee pañales para los niños socios del banco de alimentos una vez al mes, sin ningún costo para Ud. ni para HANNA's Pantry.

Para recibir pañales gratis:

- 1) El niño o la niña debe tener tres años o **menos**.
- 2) El niño o la niña debe vivir en la casa de **usted**.
- 3) Usted debe proporcionar **TODOS los datos abajo enumerados** para **CADA** niño, como lo solicita el Banco de Pañales Healthy Steps.
- 4) Tanto Ud. como su hijo necesitan ser inscritos como socios del banco de alimentos antes de poder pedir pañales.
- 5) **NO RECIBIRÁ pañales el mismo día en que complete este formulario.** Recibirá pañales en la próxima distribución de pañales.

CUANDO SU NIÑO CAMBIE DE TALLA, FAVOR DE COMUNICÁRNSLO ANTES DE LA PRÓXIMA DISTRIBUCIÓN O PUEDE QUE NO CONSIGA LA TALLA CORRECTA. ESTAMOS DISPONIBLES MEDIANTE LLAMADA, MENSAJE DE TEXTO O CORREO ELECTRÓNICO. NUESTROS DATOS ESTÁN SIEMPRE EN EL BOLETÍN.

NIÑO Nº. 1

NOMBRE: _____ Fecha Nacimiento (m/f/a): _____ Talla Pañales: _____ Peso: _____

Género: Varón ☐ Hembra ☐ Etnicidad: Hispano o Latino ☐ NO Hispano o Latino ☐ No se sabe ☐

Raza: Amerindio/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro ☐ Nativo de Hawái o de la Polinesia ☐ Blanco ☐ No se sabe ☐

NIÑO Nº. 2

NOMBRE: _____ Fecha Nacimiento (m/f/a): _____ Talla Pañales: _____ Peso: _____

Género: Varón ☐ Hembra ☐ Etnicidad: Hispano o Latino ☐ NO Hispano o Latino ☐ No se sabe ☐

Raza: Amerindio/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro ☐ Nativo de Hawái o de la Polinesia ☐ Blanco ☐ No se sabe ☐

Si usted tiene más de 2 niños, ¡por favor pida otro formulario!

OTRAS NECESIDADES

1. ¿Tiene su hijo una condición médica documentada que requiera el uso de pañales? Sí ☐
2. ¿Están actualmente **INSCRITOS EN WIC** usted y sus hijos? Sí ☐ NO ☐
(Women, Infant, Children, por sus siglas en inglés)
De no ser así, ¿le gustaría aprender sobre los recursos GRATIS de WIC ? Sí ☐



Oficina de Distribución de Alimentos

El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia (TEFAP)

"Declaración Personal de Necesidad"

Efectivo desde el 1 de julio del 2024 al 30 de junio del 2025

Nombre del Recipiente

Firma de Representante de la Agencia Fecha

Dirección

HANNA's Pantry #11081

Nombre del Lugar de Distribución Numero de agencia

Ciudad Estado Código Postal

Susquehanna Twp. High School

Localización del Lugar de distribución

El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia es operado de acuerdo a las normas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), que prohíbe la discriminación a base de raza, color, origen nacional, sexo, edad o incapacidad. Elegibilidad es basada según la tasa de ingreso a continuación. El recipiente circulará la línea entera que aplica a su Tamaño de Familia, entendiendo que deben estar en o por debajo del nivel del ingreso para ser elegible para el programa.

Ingreso total del Hogar (basado en un 185% de pobreza)						
Tamaño de familia (circule uno)		Anual		Mensual		Semanal
1	\$	27,861	\$	2,322	\$	536
2	\$	37,814	\$	3,151	\$	727
3	\$	47,767	\$	3,981	\$	919
4	\$	57,720	\$	4,810	\$	1,110
5	\$	67,673	\$	5,640	\$	1,302
6	\$	77,626	\$	6,469	\$	1,493
7	\$	87,579	\$	7,299	\$	1,685
8	\$	97,532	\$	8,128	\$	1,876
Por cada miembro de familia adicional anade:	\$	9,953	\$	830	\$	192

Entiendo las limitaciones de ingreso del hogar y por la presente certifico que el tamaño de mi familia e ingresos me hacen elegible para participar en el programa. También certifico que, a partir de hoy, mi familia vive en el área servida en Pennsylvania por El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia. Esta certificación está siendo completada en conexión con la recepción de asistencia Federal.

ENTIENDO QUE HACIENDO FALSO TESTIMONIO PUEDE RESULTAR EN TENER QUE PAGAR EL VALOR DE LOS ALIMENTOS OBTENIDOS IMPROPIAMENTE Y PUEDE SER SUJETO A PERSECUCION BAJO LEYES ESTATALES Y FEDERALES.

Firma del Recipiente

Fecha

 Devuelva el formulario a su agencia Condado designado. Si no está seguro de la Agencia correcta, por favor llame la oficina al 1-800-468-2433.

ESTE FORMULARIO NO DEBE SER ALTERADO O MODIFICADO DE NINGUNA MANERA.

CONSULTE EL REVERSO DE ESTE DOCUMENTO PARA UNA DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN IMPORTANTE DEL USDA

USDA Nondiscrimination Statement

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

(1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
(1) correo: 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.

USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades.

El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia		Forma de
Autorizacion Proxy para el programa TEFAP de Pennsylvania		
Fecha _____		
Yo _____ autorizo a, _____ para recoger mi paquete del alimento TEFAP para ser entregado a mí.		
Firma del cliente _____	☐	Firma de proxy autorizado _____
Representante de la Despensa _____		☐ Identificación del proxy verifica