



Client Intake Form

Date _____

Esta información se mantendrá confidencial y sólo se reunieron para ser utilizado en forma resumida por el Banco de Alimentos en la búsqueda de la comunidad y el apoyo financiero para este programa. La identificación de los datos no se usa nunca o publicidad.)

Nombre de cuidador _____

Nombre del estudiante _____ Grado: _____

Dirección _____ Ciudad _____

Numero de Telefono _____

Número de personas que viven actualmente en su hogar: _____

Número en el hogar que son: Edad 0-18 años _____ Edad 19-59 _____ Edad 60 y más _____

Número en el hogar que son de los siguientes grupos raciales / étnicos:

Negro o afroamericano _____ Indio norteamericano o de Alaska _____

Asiático Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico _____ Blanco _____

Hispano _____ Otro _____

¿Cuál es el ingreso total del hogar? _____ (Una estimación es aceptable)

(marque con un círculo: mensual semanal anual)

Está hogar dentro de las guías actuales de ingresos (Julio de 2019 - Junio 2020) por debajo, de tamaño de la familia? Sí _____ No _____

Household Size	Annual Income	Monthly Income	Weekly Income
1	23,107	1,925	445
2	31,284	2,607	602
3	39,461	3,289	759
4	47,638	3,970	917
5	55,815	4,652	1,074
6	63,992	5,333	1,231
7	72,169	6,015	1,388
8	80,346	6,696	1,546
For each additional family member add:	+8,177	+682	+158

Las pautas de ingresos efectivos Julio 1, 2019 hasta Junio 30, 2020 (185% pautas de pobreza)

¿Los niños en edad escolar / jóvenes en el hogar reciben el desayuno y / o almuerzo gratis en la escuela? Sí _____ No _____

Si no, le gustaría tener la oportunidad de aplicar ahora? Sí _____ No _____

¿Utiliza el hogar SNAP (anteriormente Programa de Cupones para Alimentos)? Sí _____ No _____
Si no, ¿ha solicitado SNAP en los últimos seis meses? Sí _____ No _____

Por favor, lea la siguiente declaración cuidadosamente. Entonces firme el formulario y escriba la fecha de hoy. Certifico que mi ingreso bruto anual es igual o inferior a los ingresos que figuran en este formulario para los hogares con el mismo número de personas como mi hogar, o que mi hogar participa en el programa que he comprobado en este formulario. También certifico que, a partir de hoy, mi familia vive en la zona atendida por el Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia de Delaware. Esta forma de certificación se está completando en relación con la recepción de la asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar lo que he certificado para ser verdad. Entiendo que hacer una certificación falsa puede resultar en tener que pagar al Estado por los valores de los alimentos de manera inapropiada para mí y puedo someterme a un proceso penal bajo la ley estatal y federal.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Office Use Only

Aprobación de Despensa _____ Fecha _____



Client Intake Form

Date _____

Note: This information will remain confidential and is only gathered to be used in summary form by the Food Bank in seeking community and financial support for this program. Identifying data is never used or publicized.

Caretaker Name _____

Student Name _____ Grade: _____

Address _____ City _____

Phone Number _____

Number of people currently living in your household: _____

Number in household who are: Ages 0-18 yrs. _____ Ages 19-59 _____ Ages 60 and over _____

Number in household who are of the following racial/ethnic backgrounds:

Black or African American _____ American Indian or Alaska Native _____ Asian _____

Native Hawaiian or Other Pacific Islander _____ White _____ Hispanic _____ Other _____

What is the total household income? _____ (estimates are acceptable)

(Circle in table: weekly monthly annually)

Is household within the current income guidelines (July 2019- June 2020) below for family size?

Yes _____ No _____

Household Size	Annual Income	Monthly Income	Weekly Income
1	23,107	1,925	445
2	31,284	2,607	602
3	39,461	3,289	759
4	47,638	3,970	917
5	55,815	4,652	1,074
6	63,992	5,333	1,231
7	72,169	6,015	1,388
8	80,346	6,696	1,546
For each additional family member add:	+8,177	+682	+158

Do school-aged children/youth in the household receive free breakfast and/or lunch at school? Yes _____ No _____
(Confidential applications are available in every school office).

If no, would you like to take the opportunity to apply now? Yes _____ No _____

Does the household use SNAP (formerly Food Stamp Program)? Yes _____ No _____
If no, have you applied for SNAP in the last six months? Yes _____ No _____

Please read the following statement carefully. Then sign the form and write in today's date. I certify that my annual gross income is at or below the income listed on this form for households with the same number of people as my household, OR that my household participates in the program that I have checked on this form. I also certify that, as of today, my household lives in the area served by the Delaware Emergency Food Assistance Program. This certification form is being completed in connection with the receipt of federal assistance. Program officials may verify what I have certified to be true. I understand that making a false certification may result in having to pay the State for the value of the food improperly issued to me and may subject me to criminal prosecution under State and Federal law.

REGARDING WAIVER OF LIABILITY RELATING TO DONATED PRODUCT, THE HOUSEHOLD AGREES THAT:

1. Food Bank of Delaware and the original donor expressly disclaim any and all implied warranties or merchantability and fitness of any product (food or non-food) for a particular use.
2. In consideration of this agreement and in consideration of receiving donated food or product from or through the Food Bank of Delaware, this releases both the principal donor and the Food Bank of Delaware from any and all liability resulting from the condition of the donated product and further agrees to indemnify and hold Food Bank of Delaware, and the original donor free and harmless against any and all liabilities, damages, losses, claims, causes of action and suits of law.

Applicant Signature _____ Date _____

Office Use Only

Pantry Approval _____ Date _____