

Despensa de Alimentos de Dedham Formulario de Registro



Por favor imprima claramente.

Apellido _____ Nombre _____

Dirección _____ Teléfono _____

Email _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Es usted Hombre Mujer No Binario

Nombre de personas en su hogar	Relación a usted	Género	Fecha de Nacimiento

Raza (Opcional-Por favor marque todas las que apliquen)

- Asiática
- Afroamericano
- Hispano/Latine
- Nativo americano/Alaska
- Nativo de Hawái
- Nativo de Polinesia
- Caucásico
- Más de una raza

Idioma Preferido

- Inglés
- Español
- Criollo Haitiano
- Griego
- Ruso
- Árabe
- Mandarín
- Otro _____

¿Recibe usted, o alguien en su hogar, beneficios de cualquiera de estos programas? Los programas no afectan su elegibilidad para recibir beneficios de la Despensa de Alimentos. (Por favor marque todas las que apliquen.)

- SNAP
- Head Start
- Medicaid
- Asistencia para Veteranos
- AFDC
- Programas de Asistencia de Combustible
- WIC
- SSI
- Vivienda Sección 8

¿Tiene alguna restricción dietética especial, discapacidad o necesidades de accesibilidad?

Por favor explique.

Nota: No podemos garantizar alimentos cada semana por restricciones dietéticas especiales.

Por favor asegúrese a firmar y completar toda la información requerida.

Para utilizar la Despensa de Alimentos de Dedham:

1. Vivir en Dedham y mostrar prueba de residencia (licencia de conducir o una factura con su nombre y dirección.)
2. Cumplir con las pautas de ingresos de la Despensa detalladas a continuación.
 - Todas las personas viviendo juntas en una casa o departamento se consideran como un hogar, incluso si no están emparentadas.
 - Las pautas de ingresos incluyen el ingreso total de todas las fuentes y todas las personas en el hogar. No consideramos las cuentas bancarias y otros activos en las pautas.
 - Si usted no cumple con las pautas, pero cree que debería poder usar la Despensa, por favor hable con un administrador de la Despensa.

Tamaño de Familia (inclúyase usted)	Ingreso Familiar Anual	Ingreso Familiar Mensual	Ingreso Familiar Semanal
1	\$36,450	\$3,038	\$701
2	\$49,300	\$4,108	\$948
3	\$62,150	\$5,179	\$1,195
4	\$75,000	\$6,250	\$1,442
5	\$87,850	\$7,321	\$1,689
6	\$100,700	\$8,392	\$1,937
7	\$113,550	\$9,463	\$2,184
8	\$126,400	\$10,553	\$2,431
Por cada miembro adicional agregue:			
	\$12,850	\$1,071	\$247

Certifico que soy miembro del hogar descrito en esta forma y como representante de este hogar he aplicado para recibir beneficios de la Despensa de Alimentos de Dedham. Certifico que toda la información tocante a mi hogar es verdadera según mi conocimiento.

- Soy residente de Dedham. (Muestre prueba de residencia.)
- Cumpló con las pautas de ingresos delineadas arriba, y notificará a la Despensa si mis ingresos aumentan.
- He leído y acepto observar la declaración de Respeto y Responsabilidad.

Firma

Fecha