



# Food Pantry Intake Form

All CAFB Partner Agencies are required to use this intake form

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número De Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ¿Cuántas personas hay en su casa?: \_\_\_\_\_

Recibe usted cualquier forma de ayuda del gobierno, por ejemplo ¿Estampillas del alimento, Seguridad Social, etc.?

El recibir asistencia del gobierno es un indicador de la elegibilidad de ingresos, el cual permite que nuestro personal sepa automáticamente que usted califica para recibir beneficios de alimentó del USDA.

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Client Signature

Date

## AVISO A LOS CLIENTES

Este establecimiento o “pantry” trabaja en colaboración con el Capital Area Food Bank (CAFB), y debido a esto, el “pantry” ha acordado en seguir las pólizas, procedimientos y regularizaciones federales del IRS (Internal Revenue Service) para la distribución de alimento y objetos donados.

Este “pantry” NO DEBE:

- Cobrarle a usted ni aceptarle donaciones de dinero.
- Solicitarle a usted que provea algún servicio, participar de algún evento religioso, o pedir su colaboración en el “pantry” a cambio de recibir comida.
- Rechazar la provisión de alimentos basado en raza, color, edad, religión, lugar de nacimiento, incapacidad, sexo, orientación sexual o afiliación política.

\*Este “pantry” tiene el derecho de implementar requisitos que indiquen:

- Días de la despensa y horas de operación.
- Cuantas veces su familia puede visitar este “pantry”.
- Cualquier forma de identificación que usted necesite traer.
- Cualquier restricción del área de servicio (ejemplo: servicio a determinados códigos postales o límite específico de la zona escolar).
- Se le negara el servicio si usted es un peligro a la salud o si ha amenazado a nuestros voluntarios, personal u otros clientes.

Los requisitos deberán ser fijados claramente.

