

**COMMUNITY ACTION COUNCIL OF HOWARD COUNTY  
SOLICITUD DE ASISTENCIA ALIMENTARIA**

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Tipo de familiar: (Circule Uno)	<i>Madre soltera</i>	<i>Padre soltero</i>	<i>Dos Padres</i>	<i>Solo</i>
	<i>Dos adultos (no niños)</i>	<i>Guardián</i>	<i>Padres Sustitutos</i>	<i>Otro</i>
Apellido:		Nombre:		
Número de Telefono:				

**INFORMACIÓN SOBRE LA VIVIENDA (Personas Sin hogar usen Última Dirección)**

Dirección:		Numero de apartamento:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:	<i>Sin hogar: Si / No</i>	

**INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA**

Miembros de Vivienda (Incluyendo al Solicitante)		Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Sexo (M/F)	Origen Hispano? ( S/N)	Raza Black White Asian Pacific Islander Native American/Alaskan Bi-Racial	Estatus Marital N/A (niño) Divorciado/a Casado/a Nunca Separado/a Viudo/a Desconocido	Ciudadano/a Americano(S/N)	Discapacidad (S/N)	Veterano/a (S/N)	Idioma
Nombre Primer	Apellido										

**INFORMACIÓN DE ASISTENCIA**

¿Algún miembro de su hogar recibe lo siguiente:	Estampillas de Comida/SNAP	Asistencia Medica	MCHIP	WIC	TCA	TANF Child Care	VA Medical Services	Medicare	Housing Subsidy

**INFORMACIÓN DE INGRESOS**

Nombre	Estatus de Trabajo Tiempo Completo, Medio Tiempo, Desempleado, Colegio, Discapacitado o Retirado	Empleador	Ingresos Mensuales	Ingresos Adicionales Child Support, TCA, SSI, etc.	Cantidad de Ingresos Adicionales	TOTAL INGRESOS MENSUALES

**CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE**

Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y correcta. Entiendo que la mala información o la negativa a revelar información que es esencial para la determinación de la elegibilidad es la base para la desaprobación de mi solicitud. Asimismo, por la presente autorizo Consejo de Acción Comunitaria del Condado de Howard para verificar / conseguir cualquier información y documentación que ayudará a determinar mi elegibilidad para asistencia.

FIRMA DEL SOLICITANTE:	FECHA:
------------------------	--------

**PROGRAM APPLICATION INFORMATION – Please check the program(s) for which you are making application.**

Housing \_\_\_\_\_ Energy \_\_\_\_\_ Food Bank  X  Other \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**For Office Use Only:**

**DATA ENTRY**

	Date Entered:	Entered By:	<b>Community Worker Name:</b>
Intake			
Registration			
Case Management			
Eligibility			
Certification			
Enrollment			
Service Units			

**CERTIFICATION OF ELIGIBILITY**

Supervisor Name (Printed):	
Signature:	Date:

\*\*\*\*\*

**For Food Bank use only:**

**REFERRAL**

Date:	Agency:	Worker:
Date of Previous Referral:	Eligible (Y/N):	Signature:

**SERVICE**

Community Worker:	Date Service Provided:	Amount of Food _____ lbs.
-------------------	------------------------	---------------------------