

**BANCO DE ALIMENTOS TOLLAND - APLICACIÓN**  
**TOLLAND FOOD BANK - APPLICATION**

**ID#** \_\_\_\_\_  
(Número de identificación)

Fecha (Date): \_\_\_\_\_ Nombre (Name): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (DOB): \_\_\_\_\_ Género (Gender): \_\_\_\_\_

Número de teléfono (Phone Number): \_\_\_\_\_

Dirección (Address): \_\_\_\_\_

Correo electrónico (Email): \_\_\_\_\_

**REQUERIDO: RESIDENCIA VERIFICADA (REQUIRED: RESIDENCY VERIFIED)**

**Licencia de conducir/otra identificación** (Driver's License/Other ID)     **Otra verificación** (Other Verification)

**LISTA DE TODAS LAS DEMÁS PERSONAS DEL HOGAR** (LIST ALL OTHER PERSONS IN HOUSEHOLD):

<u>Nombre (Name)</u>	<u>Género (Gender)</u>	<u>Fecha de nacimiento (DOB):</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**INGRESOS** Indique todas las fuentes y cantidades de ingresos brutos mensuales de cada miembro del hogar enumerado anteriormente:

**(INCOME** Please indicate all sources and amounts of monthly gross income for each household member listed above)

<u>Nombre (Name)</u>	<u>Fuente (Source)</u>	<u>Cantidad/Con qué frecuencia</u> <u>(Amount / How Often)</u>
_____	_____	\$ _____ / _____
_____	_____	\$ _____ / _____
_____	_____	\$ _____ / _____
_____	_____	\$ _____ / _____

**Un hogar de Tolland es elegible para utilizar Food Pantry si cumple con CUALQUIERA de los siguientes criterios:**

(A Tolland household is eligible to use the Food Pantry if it meets ANY of the following criteria)

**1) El hogar participa en cualquiera de los siguientes programas-marque todos los que correspondan** (The household participates in any of the following programs-check all that apply):

- \_\_\_\_\_ **Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP)**
- \_\_\_\_\_ **Asistencia energética** (Energy Assistance)
- \_\_\_\_\_ **Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF)** (Temporary Assistance to Needy Families)
- \_\_\_\_\_ **Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)**
- \_\_\_\_\_ **Almuerzo gratis/reducido** (Free/Reduced Lunch)
- \_\_\_\_\_ **Husky Parte A o Parte B** (Husky Part A or Part B)
- \_\_\_\_\_ **Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)** (Supplemental Security Income-SSI)
- \_\_\_\_\_ **Suplemento Estatal para Ciegos o Discapacitados** (State Supplement to the Blind or Disabled)
- \_\_\_\_\_ **Asistencia General Administrada por el Estado(SAGA)** (State Administered General Assistance)

**2) O los ingresos del hogar son inferiores a las siguientes pautas de ingresos (60% SMI):**

(OR the household's income is less than the following income guidelines- 60%SMI):

<b>Tamaño del hogar</b> (Household Size)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>Ingreso anual:</b> (Annual Income)	<b>\$39,027</b>	<b>\$51,035</b>	<b>\$63,044</b>	<b>\$75,052</b>	<b>\$87,060</b>	<b>\$99,069</b>	<b>\$101,320</b>

**Límite de activos** (Asset Limit) **\$14,000 por hogar** (per household)

**3) O el hogar se encuentra en una situación de crisis como se describe a continuación:**

(OR the household is in a crisis situation as described below)

---

---

**Yo, el solicitante de asistencia de Food Pantry, por la presente certifico que la información que he proporcionado anteriormente es precisa y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que si se determina que esta información es falsa, es posible que no se me permita usar Food Pantry en el futuro.**

(I, the applicant for Food Pantry assistance, hereby certify that the information I have provided above is accurate and complete to the best of my knowledge. I understand that if this information is found to be false that I may not be allowed to use the Food Pantry in the future.)

---

**Firma del aplicante/ Fecha**  
Applicant's Signature/Date

---

**Firma del miembro del personal/Fecha**  
Staff Member's Signature/Date

**Office Only:** \_\_\_\_\_