

# Aplicación de Alcance de Comida

House of Yahweh  
4046 Marine Ave  
Lawndale, CA 900260  
310-675-6412



Para Uso de Oficina Solamente

Start Date: \_\_\_\_\_

Preferred Day: \_\_\_\_\_

No. In Family: \_\_\_\_\_

Adults: \_\_\_\_\_ Children: \_\_\_\_\_

Reviewed by: \_\_\_\_\_

Withdrawn Date: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_

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

Apellido	Primer Nombre	Inicial
----------	---------------	---------

Nombre de Pareja: \_\_\_\_\_

Apellido	Primer Nombre	Inicial
----------	---------------	---------

Domicilio: \_\_\_\_\_

Calle	Apto #	Ciudad	Estado	Código Postal
-------	--------	--------	--------	---------------

¿Cuál es el mejor numero para contactarlo? (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Casa  Celular

¿Está trabajando actualmente? Yes  No

¿Está trabajando su pareja? Yes  No

¿Está recibiendo alguno de los siguientes beneficios?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Seguro Social (SSI)                      | <input type="checkbox"/> Medical   |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de Incapacidad (SSD, or SSDI) | <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal a Familias con Niños Dependientes |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo                  | <input type="checkbox"/> Cal Fresh, SNAP, General Relief Program, EBT          |
| <input type="checkbox"/> Medicare                                 |  |

Total de ingresos mensuales: \$ \_\_\_\_\_

¿Cuál es su principal fuente de ingresos?  Trabajo  Beneficios  Otro **Por favor especificar** \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas en tu hogar? \_\_\_\_\_

\*\* Tenga en cuenta que el número de personas en su hogar se refiere a su unidad económica NO el número de personas que viven en su casa

Cantidad de Niños : \_\_\_\_\_ Adultos: \_\_\_\_\_

Escriba nombre de niños y otros adultos en su hogar (unidad económica):

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>
1. _____	_____	5. _____	_____
2. _____	_____	6. _____	_____
3. _____	_____	7. _____	_____
4. _____	_____	8. _____	_____

**El horario de recogida de alimentos es entre las 2:00 pm y las 3:30 pm de lunes a sábado**

ELIGE UN DÍA DE RECOGIDA:  Lunes  Martes  Miércoles  Jueves  Viernes  Sábado

El primer día de recogida será la próxima semana; Usted no recibirá comida hoy. Venga en su día asignado la próxima semana y pregunte al Gerente de Alcance de Comida para su Tarjeta de Participación de Alcance de Comida. Si no va a estar presente para su recogida en cualquier día asignado, por favor llame con antelación para que pueda recoger la comida la próxima semana.



## Información Necesaria

### Requisitos para la elegibilidad del solicitante

1. Bajo ingreso mensual total
2. Número de teléfono para el contacto telefónico
3. Estado de la tercera edad
4. Estado de familia monoparental
5. Estado familiar de dos padres, grande

### Familia Definida Como:

1. Madre y padre con hijos dependientes que viven en el hogar familiar.
2. Madre con hijos dependientes que viven en la familia.
3. Padre con hijos dependientes que viven en la familia.
4. Guardián (abuelo o otro) de niños dependientes que viven en su casa

### Niños Definidos como:

1. Hermanos y hermanas
2. Medio hermanos y hermanas
3. Hermanastros y hermanastras

### Familia Grande Definida Como:

1. Seis o más hijos dependientes que viven en el hogar familiar.

Requerido para la Entrevista al Programa de Comida

## Documentos Necesarios

### 1. Prueba de identificación de cabeza de familia: Identificación de imagen válida

- a. Tarjeta de Identificación emitida por el Estado
- b. Licencia de conducir

### 2. Verificación del número de personas en la familia:

- a. Tarjeta de MediCal o Food Stamp (EBT)
- b. Birth Certificates

### 3. Prueba de residencia:

- a. Recibo de renta o alquiler
- b. Facturas de servicios públicos

### 4. Prueba de ingreso:

- a. Talones de cheque
- b. DPSS - Departamento de Servicios Sociales Públicos (Se pudiera contactar al Trabajador de Caso)