



Racine County Food Bank
2000 De Koven Avenue, Unit #2
Racine, WI 53403-2481

Canasta de comida para día festivo

2020

¿Usted o cualquier otro miembro de su unidad familiar se ha inscrito para recibir una canasta de comida para día festivo en otro lugar?

Sí No

Con mi firma a continuación, yo certifico:

- ✓ Mi ingreso no exceda los límites mensuales indicados en la tabla a la derecha (Ingreso anual puede ser utilizado para los trabajadores migrantes y de temporada).
- ✓ Yo libero a todas las agencias colaborando para proporcionar una caja de comida de cualquier responsabilidad resultando de cualquier alimento que podría recibir.
- ✓ Autorizo a las agencias colaboradores a compartir la información proporcionada en este formulario para evitar la duplicación de servicios.
- ✓ Entiendo que falsificar cualquier información en este formulario puede estar sujeto a enjuiciamiento penal y restitución de alimentos recibidos.

Ingreso mensual bruto máximo para la elegibilidad								
Tamaño del hogar	1	2	3	4	5	6	7	8
Ingreso mensual	\$1,967	\$2,658	\$3,349	\$4,039	\$4,730	\$5,421	\$6,111	\$6,802
Ingreso anual	\$23,606	\$31,894	\$40,182	\$48,470	\$56,758	\$65,046	\$73,334	\$81,622

Por casa miembro adicional del hogar, añada \$8,288 para ingresos anuales o \$691 para ingreso mensual

FIRMA: _____ FECHA: _____

Dirección	Numero de apartamento	Ciudad	Código postal	Número de teléfono
-----------	-----------------------	--------	---------------	--------------------

Nombre	Edad (marque con un circulo)	genero	Raza/ etnicidad (marque con un circulo) A=Asiático, B=Negro, H=Hispano, N=Nativo Americano, O=Otro, W=blanco, T=2 o mas								¿Dirección verificado?
--------	-------------------------------	--------	---	--	--	--	--	--	--	--	------------------------

RECEPTOR:

	0-6	7-12	13-18	19-54	55-74	75+	M	F	A	B	H	N	O	W	T	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
--	-----	------	-------	-------	-------	-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------------------	-----------------------------

Miembros adicionales del hogar (use formularios adicionales si es necesario):

	0-6	7-12	13-18	19-54	55-74	75+	M	F	A	B	H	N	O	W	T		
	0-6	7-12	13-18	19-54	55-74	75+	M	F	A	B	H	N	O	W	T		
	0-6	7-12	13-18	19-54	55-74	75+	M	F	A	B	H	N	O	W	T		
	0-6	7-12	13-18	19-54	55-74	75+	M	F	A	B	H	N	O	W	T		
	0-6	7-12	13-18	19-54	55-74	75+	M	F	A	B	H	N	O	W	T		
	0-6	7-12	13-18	19-54	55-74	75+	M	F	A	B	H	N	O	W	T		
	0-6	7-12	13-18	19-54	55-74	75+	M	F	A	B	H	N	O	W	T		
TOTALS:																	

Form completed by: Agency Name: _____ Office Use Only: _____ Entered into Data Base (Date): _____ By: _____

Revised 10-21-20

Lleve or envíe el fomulario completado antes del 27 de noviembre a: Richard Goetsch, 510 Sunnyside Dr. Kansasville, WI 53139 o al Literacy Council, 734 Lake Ave. Racine