



houstonfoodbank
Partner



**M.I. Lewis Social Service Center/Galveston County Food Bank
Agency Pantry Family Intake Form B**

Sites may request but must not require proof of information. / Los sitios pueden solicitar pero no deben requerir prueba de información.

Name of household member/ Nombre del miembro de la unidad familiar	
Address/ Dirección	
Phone number/ Números telefónicos	

Number of household members/ Numero de Miembros del hogar

Does your family receive any type of assistance? Check all that apply ¿Su familia recibe alguna forma de asistencia? Si la respuesta es si, indique cuales con una X.

Temporary Assistance To Needy Families (TANF / AFDC) / Asistencia Temporaria Para Familias Necesitadas	<input type="checkbox"/>	SNAP (Food Stamps) / Estampillas de comida	<input type="checkbox"/>
SSI	<input type="checkbox"/>	Medicaid	<input type="checkbox"/>
CHIP	<input type="checkbox"/>	WIC	<input type="checkbox"/>

The Total Gross Income (the amount before deductions) of all household members is/ Los ingresos totales (antes de deducciones) para todos los miembros del hogar son:

GROSS INCOME / Ingreso bruto total	\$	<input type="text"/>	Per Year/ por año	<input type="text"/>	Per Month/ por mes	<input type="text"/>	Per Week/ por semana	<input type="text"/>
---	-----------	----------------------	--------------------------	----------------------	---------------------------	----------------------	-----------------------------	----------------------

If household is eligible for household crisis food needs, document reason for crisis here./ Si el hogar es elegible para las necesidades alimentarias del hogar en caso de crisis, documenta el motivo de la crisis aquí.

Are you? Es usted:

African American / Africano-Americano	<input type="checkbox"/>	Asian / Asiático	<input type="checkbox"/>	Caucasian / Anglo-Sajón	<input type="checkbox"/>	Hispanic / Hispano	<input type="checkbox"/>	Native American / Indígena	<input type="checkbox"/>	Other/ Otro	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	-------------------------	--------------------------	--------------------------------	--------------------------	---------------------------	--------------------------	-----------------------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------

How many people live in your house in the following age: (please write the number in the box?) Cuantas personas en su hogar son de las siguientes edades (favor de poner el número en cada caja)

Infant-17 / 0-17 años	<input type="text"/>	18-59 years / 18-64 años	<input type="text"/>	<input type="text"/>	60 and over / 64 y mayor	<input type="text"/>
------------------------------	----------------------	---------------------------------	----------------------	----------------------	---------------------------------	----------------------

Please fill out the following for each additional person in the household.

Name/Nombre	Date of Birth/Fecha de nacimiento	Sex/Sexo	Relation/Relación	Social Security Number/Número de Seguro Social

X _____
Client Signature / Firma

Date / Fecha

By signing, I certify that:

(1) I am a member of the household living at the address provided in Section 1 and that, on behalf of the household, I apply for USDA Foods that are distributed through The Emergency Food Assistance Program; (2) all information provided to the agency determining my household's eligibility is, to the best of my knowledge and belief, true and correct; and (3) if applicable, the information provided by the household's proxy is, to the best of my knowledge and belief, true and correct.

Al firmar, certifico que: (1) soy miembro del hogar que vive en la dirección que se da en la Sección 1, y que solicito en nombre de la unidad familiar los doméstica de alimentos USDA que se distribuidos por el Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia; (2) toda la información que le he dado al departamento que determinará si mi unidad familiar llena los requisitos del programa, es, a mi leal saber y entender, verdadera y correcta; y (3) Si corresponde, la información proporcionada por el apoderado del hogar es, a lo mejor de mi conocimiento y creencia, verdadero y correcto.

AGENCY DOCUMENTATION – SITE STAFF ONLY

Family Name: _____ **Date:** _____

- Household is INELIGIBLE:** (clients denied USDA products should be referred to the HFB for review)
 - Income level over 185% listed on Annual Income Guidelines
 - Is not an emergency situation and does not meet any other criteria
 - Other: _____

- Household is ELIGIBLE based on:**
 - Low Income** (Enter certification period below; sign and date the form at the bottom)
 - Emergency Food Need** (Describe emergency need in “Comments” section; enter “Certification Period;” sign and date the form, clients in this category may be served no more than 6 months unless another emergency can be documented.)
 - Receipt of TANF/AFDC** (Enter the “Certification Period;” sign and date the form.)
 - Receipt of Food Stamps** (Enter “Certification Period;” sign and date the form.)
 - Receipt of SSI** (Enter the “Certification Period;” sign and date the form.)
 - Receipt of Medicaid** (Enter the “Certification Period;” sign and date the form.)

Certification Period: Start Date: _____ End Date: _____

Comments:

Agency Staff Initials: _____

Revisit this form on: _____