

# Requisitos de Papeleo Para Bountiful Food Pantry

Bienvenido a Bountiful Food Pantry. Estamos contentos de servirle. Todos los que vengan a la despensa recibirán asistencia alimentaria hoy. Si viven afuera del condado de Davis, lo ayudaremos a encontrar asistencia alimentaria más cerca de su hogar.

Documentos requeridos:

Se requiere que cada familia / individuo muestre las siguientes formas de identificación para cada persona en el hogar para la cual desean reclamar alimentos, incluidos bebés y niños. Si le falta documentación, le pediremos que no la traiga en su próxima visita. Asegúrese de recoger un número de admisión para que pueda terminar su papeleo y recibir su tarjeta.

Necesitará la siguiente documentación:

- Identificación:
  - Adultos mayores de 18 años
    - Identificación oficial con foto emitida por el gobierno
  - Niños: **uno** de los siguientes:
    - Acta de nacimiento o pasaporte (de cualquier condado)
    - Tarjeta de Medicaid
    - Tarjeta de identificación del estado / licencia de conducir
    - Registro actual de la escuela o el hospital
- Prueba de dónde vive la familia: (**Uno de los siguientes**)
  - Cuenta de servicios públicos actual (gas o electricidad)
  - Contrato de alquiler o arrendamiento
  - Licencia de conducir actual o identificación emitida por el estado con la dirección actual
  - Correo actual de una agencia estatal o federal
  - Extracto bancario actual
- Prueba de ingresos: por cada adulto (cualquier persona mayor de 18 años) en el hogar
  - Talones de pago/ cheques- 1 mes
  - Carta de beneficios del Seguro Social
  - Carta de beneficios por discapacidad
  - Declaración de desempleo
    - Si está desempleado, deberá firmar un formulario a tal efecto.

TODAS las tarjetas caducan anualmente. Todos los clientes deben volver a aplicar cuando su tarjeta caduque con la documentación mencionada anteriormente.

Tarjetas perdidas: habrá un cargo de \$ 5.00 por todas las tarjetas perdidas

480 East 150 North, Bountiful, Utah 84010

<http://BountifulFoodPantry.org> 801-299-8464

Horario de la mañana: lunes a viernes de 11 a.m. a 1 p.m., sábado de 10 a mediodía,

Horario nocturno: martes, miércoles y jueves de 6 a 8 p.m.

Cerrado la mayoría de los feriados estatales y federales.

Somos un Proveedor de Igualdad de Oportunidades



# Aplicacion de Comida ~ Bountiful Community Food Pantry

480 East 150 North, Bountiful, Utah    Lunes a Viernes: 11am. – 1pm., Martes, Miercoles y Jueves:  
6pm-8pm, Sabado: 10am-12:00(Mediodia)

(Por favor llegar una Hora antes de cerrar) **Somos un Proveedor de Igualdad de Oportunidades**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Zip: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

**A. Informacion de los miembros de la familia (incluyendo su informacion)**

	Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento MM/DD/YYYY	M/ F	Empleado Si o No
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____	_____
8.	_____	_____	_____	_____
9.	_____	_____	_____	_____
10.	_____	_____	_____	_____

B. Ingresos brutos combinados de todos en su hogar: \$ \_\_\_\_\_ por mes

C. Hay alguien autorizado para recoger comida para usted?(Si es asi, por favor marque uno) Si o No YES or NO  
Nombre de la persona que usted desea recoger comida: \_\_\_\_\_

D. Numero total de miembros de la familia que viven en su hogar (no incluyen los ninos no nacidos o visitantes temporales): \_\_\_\_\_

E. Origen de familia etnico (por favor marque uno): Americano Nativo, Hispano, Afroamericano, Asiatico/Islands del Pacifico, Caucastico, Otro.

F. Tipo de Hogar (por favor marque uno): soltera/o, soltera/o con hijos, padres/pareja con hijos. Otro: \_\_\_\_\_

**Uso Solamente de Despensa**

Check when completed:

- Applicant lives in Davis County or has been offered resources closer to their home.
- Applicant and volunteer signed the Hold Harmless Statement and Release of info
- Pantry Guidelines have been reviewed
- Adults (anyone 18 yrs or older)- Photo ID.
- Children (under 18) Birth certificate, Medicaid card or school record.
- Proof of residency (utility bill, lease agreement, mortgage agreement)
- Verification of income (pay stub, SS, Disability, child support) OR signed unemployed form- **EVERYONE OVER 18**
- Resources discussed \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

New card issued: Card number \_\_\_\_\_

Date issued \_\_\_\_\_

Information checked by \_\_\_\_\_

Entered into the computer

# **Bountiful Community Food Pantry DETENER LA DECLARACIÓN INOXIDABLE**

Al firma este paginna, reconozco y entiendo que la comida que recibo de la despensa es donada, ordenadas, y puesta el las estantes por voluntarios.

Por lo tanto, libero Bountiful Community Food Pantry, sus voluntarios, Socios de la comunidad, y/o La Bountiful Iglesia de la Comunidad de cualquier reclamo relacionado con los productos proporcionados a mi.

---

**Por favor escriba su nombre tal como aparece en su aplicacion.**

---

**Escriba su firma**

---

**y la Fecha de Hoy**

---

**Pantry Volunteer (Witness)**

---

**Date**

# BOUNTIFUL COMMUNITY FOOD PANTRY

## Autorización para divulgar información

Bountiful Community Food Pantry (BCFP) colabora con otras organizaciones en todo el condado de Davis para que los individuos y familias tengan acceso a la mayor cantidad de recursos disponibles. Es necesario compartir información del cliente de vez en cuando para realizar esta tarea correctamente y necesitamos su permiso para hacerlo. Esta información nunca se vende a vendedores u otros, sino que solo se utiliza en su nombre.

**Información a divulgar:** todos los registros e información sobre mi atención y servicios que he recibido y que recibiré de las organizaciones de liberación, incluidos los registros de tratamiento de abuso de alcohol o drogas (si existen).

**Con el propósito de:** (a) proporcionarme servicios coordinados de vivienda, médicos, sociales, psicológicos y de otro tipo, (b) evaluar los resultados relacionados con la prestación de servicios, y (c) mejorar la coordinación de servicios para ayudar a las personas y (d) para identificar barreras y brechas de servicio que bloquean el camino de la falta de vivienda, y para ayudar a prevenir la falta de vivienda. En el caso de la publicación de los resultados del programa, mi identidad se mantendrá confidencial, aunque se puede discutir la información sobre mis circunstancias.

No es una condición para el tratamiento: entiendo que mi autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa a firmar no afectará mi elegibilidad para los beneficios o servicios, el pago o la cobertura de los servicios, o la capacidad de obtener tratamiento.

**Derecho de revocación:** esta autorización está sujeta a revocación en cualquier momento, excepto en la medida en que las agencias que realizarán las divulgaciones ya hayan tomado medidas confiando en esta autorización. Si no se revocó previamente, este consentimiento terminará al final de nuestra asistencia.

**Posible revelación:** entiendo que la información que autorizo a ser revelada puede ser revelada y no sujeta a regulaciones de privacidad médica. Sin embargo, las reglas federales de confidencialidad (42 CFR, parte 2) prohíben que los destinatarios realicen cualquier divulgación adicional de los registros de abuso de alcohol y sustancias a menos que dicha divulgación se permita expresamente mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenecen o si la 42 CFR permite otra divulgación. , parte 2. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier cliente de abuso de alcohol o drogas.

Autorizo a BCFP a compartir información sobre recursos de asistencia de emergencia, financiados por subvenciones, condados, gobiernos estatales y federales, programas de asistencia comunitaria y donaciones privadas. Estos programas están diseñados para ayudar a estabilizar a las personas y familias que están en crisis. Esta autorización está diseñada para permitir que las organizaciones compartan información del cliente para colaborar en los servicios y promover la estabilidad..

nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Habla a: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Autorizo a las siguientes organizaciones que participan en la asistencia de emergencia y doy permiso para que se comparta entre ellas información sobre mi participación en este programa (por favor, indique todas):**

<input type="checkbox"/> Safe Harbor Crisis Center	<input type="checkbox"/> The Road Home (u otro refugio)
<input type="checkbox"/> Distrito escolar de Davis	<input type="checkbox"/> Salud conductual de Davis
<input type="checkbox"/> Autoridad de Vivienda Comunitaria de Davis	
<input type="checkbox"/> Médicos / Farmacias / Hospitales	

Fecha de este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Firma de testigo: \_\_\_\_\_

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Firma de testigo: \_\_\_\_\_

# Directrices para el servicio de alimentos en Bountiful Food Pantry

Todos los artículos disponibles en nuestra despensa dependen de las donaciones que recibimos de individuos, familias y super mercados locales. La cantidad de artículos distribuidos varía cada día dependiendo de lo que se haya donado. Las cantidades de comida para cada cliente serán diferente cada día. Los clientes deben seguir las instrucciones de los voluntarios con respecto a lo que usted puede tomar. No se tolerará el comportamiento abusivo. Nos reservamos el derecho de pedir a los clientes que no vengan a través del mercado para la seguridad de nuestros voluntarios.

Los que trabajan en el mercado son voluntarios; se espera que los clientes los traten con amabilidad y respeto. Pedimos lo mismo a nuestros voluntarios.

Cuando llegue a la despensa, espere en la fila y tome un número si se han colocado fuera. Por favor, espere a que su número sea llamado para que suba e inicie sesión en la recepción. Si necesita completar la documentación, o tiene alguna pregunta o solicitud del personal de la oficina, por favor también tome un número de admisión.

No se puede fumar a menos de 25 pies de la instalación.

Los clientes pueden recibir asistencia alimentaria dos veces al mes, pero no más de una visita por semana. El final del mes suele estar muy ocupado. Para ayudarle a recordar sus visitas, se le emitirá una tarjeta perforada, después de completar su documentación. En cada visita su tarjeta será marcada indicando una visita. Después de ir de compras, su tarjeta se mantendrá en la puerta trasera hasta que devuelva su carrito de comestibles. Si se pierde su tarjeta, se le pedirá que pague \$5 por un reemplazo.

Todos los que vienen a la despensa recibirán comida hoy. Si le falta papeleo, le pediremos que vuelva a su próxima visita con sus documentos perdidos.

El BFP no reporta ningún nombre o información personal de aquellos que reciben asistencia alimentaria a ninguna agencia gubernamental. Recibir asistencia alimentaria de BCFP no se considera recibir ayuda de una agencia gubernamental. Animamos a nuestros clientes a también inscribirse en cupones de alimentos, si son elegibles.

Nuestro mercado es pequeño y servimos a personas con discapacidades. Sólo una persona, por familia, puede pasar por el mercado. Un niño pequeño también puede sentarse en el carro de la compra. Es posible que los niños no se queden desatendidos en el Centro de recursos. Le instamos encarecidamente a que no traiga a sus hijos con usted a la despensa.

Si tiene alguna pregunta, comentario o sugerencia, llámenos (801)299-8464 o envíe un correo electrónico [service@bountifulfoodpantry.org](mailto:service@bountifulfoodpantry.org). Revisamos los mensajes de teléfono y correo electrónico todos los días. Horario de servicio: Mañanas: Lunes-Viernes de 11am-1pm, Sábado: 10am-12pm. Noches: Martes, Miércoles y Jueves de 6-8pm. Estamos cerrados los días festivos estatales y federales. Por favor, sigue nuestra página de Facebook para actualizaciones.

**Somos un proveedor de igualdad de oportunidades. Proporcionamos igualdad de oportunidades a todos y prohibimos la discriminación y el acoso de cualquier tipo sin tener en cuenta la raza, color, religión, edad, sexo, origen nacional, estado de discapacidad, genética, estado de veterano protegido, orientación sexual, identidad de género o expresión, o cualquier otra característica protegida por las leyes federales, estatales o locales.**

---

Fecha de firma del cliente

---

Fecha de Hoy

Copia para Pantry

# Directrices para el servicio de alimentos en Bountiful Food Pantry

Todos los artículos disponibles en nuestra despensa dependen de las donaciones que recibimos de individuos, familias y super mercados locales. La cantidad de artículos distribuidos varía cada día dependiendo de lo que se haya donado. Las cantidades de comida para cada cliente serán diferentes cada día. Los clientes deben seguir las instrucciones de los voluntarios con respecto a lo que usted puede tomar. No se tolerará el comportamiento abusivo. Nos reservamos el derecho de pedir a los clientes que no vengan a través del mercado para la seguridad de nuestros voluntarios.

Los que trabajan en el mercado son voluntarios; se espera que los clientes los traten con amabilidad y respeto. Pedimos lo mismo a nuestros voluntarios.

Cuando llegue a la despensa, espere en la fila y tome un número si se han colocado fuera. Por favor, espere a que su número sea llamado para que suba e inicie sesión en la recepción. Si necesita completar la documentación, o tiene alguna pregunta o solicitud del personal de la oficina, por favor también tome un número de admisión.

No se puede fumar a menos de 25 pies de la instalación.

Los clientes pueden recibir asistencia alimentaria dos veces al mes, pero no más de una visita por semana. El final del mes suele estar muy ocupado. Para ayudarle a recordar sus visitas, se le emitirá una tarjeta perforada, después de completar su documentación. En cada visita su tarjeta será marcada indicando una visita. Después de ir de compras, su tarjeta se mantendrá en la puerta trasera hasta que devuelva su carrito de comestibles. Si se pierde su tarjeta, se le pedirá que pague \$5 por un reemplazo.

Todos los que vienen a la despensa recibirán comida hoy. Si le falta papeleo, le pediremos que vuelva a su próxima visita con sus documentos perdidos.

El BFP no reporta ningún nombre o información personal de aquellos que reciben asistencia alimentaria a ninguna agencia gubernamental. Recibir asistencia alimentaria de BCFP no se considera recibir ayuda de una agencia gubernamental. Animamos a nuestros clientes a también inscribirse en cupones de alimentos, si son elegibles.

Nuestro mercado es pequeño y servimos a personas con discapacidades. Sólo una persona, por familia, puede pasar por el mercado. Un niño pequeño también puede sentarse en el carro de la compra. Es posible que los niños no se queden desatendidos en el Centro de recursos. Le instamos encarecidamente a que no traiga a sus hijos con usted a la despensa.

Si tiene alguna pregunta, comentario o sugerencia, llámenos (801)299-8464 o envíe un correo electrónico [service@bountifulfoodpantry.org](mailto:service@bountifulfoodpantry.org). Revisamos los mensajes de teléfono y correo electrónico todos los días. Horario de servicio: Mañanas: Lunes-Viernes de 11am-1pm, Sábado: 10am-12pm. Noches: Martes, Miércoles y Jueves de 6-8pm. Estamos cerrados los días festivos estatales y federales. Por favor, siga nuestra página de Facebook para actualizaciones.

**Somos un proveedor de igualdad de oportunidades. Proporcionamos igualdad de oportunidades a todos y prohibimos la discriminación y el acoso de cualquier tipo sin tener en cuenta la raza, color, religión, edad, sexo, origen nacional, estado de discapacidad, genética, estado de veterano protegido, orientación sexual, identidad de género o expresión, o cualquier otra característica protegida por las leyes federales, estatales o locales.**

---

Fecha de firma del cliente

---

Fecha de Hoy

Copia para cliente

# Estado de empleo para la Bountiful Food Pantry

## Para ser completado por cada adulto

### Empleado (elija uno): se requieren talones de pago/ cheques o alternativos

Estoy empleado regularmente por \_\_\_\_\_ (Empleador) y gano \$ \_\_\_\_\_ / mes

Ocasionalmente estoy empleado por \_\_\_\_\_ (Empleador) y gano aproximadamente \$ \_\_\_\_\_ / mes

### Recibir asistencia del gobierno: se requiere verificación de los beneficios federales

Recibo ingresos del Seguro Social y / o ingresos por discapacidad por un monto de \$ \_\_\_\_\_ / mensual

### Desempleados:

Estoy desempleado y no tengo otra fuente regular de ingresos \_\_\_\_\_ (iniciales).

- Estoy buscando trabajo utilizando los siguientes recursos:

- Departamento de Servicios de la Fuerza Laboral \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### Otros ingresos / manutención:

Tengo las siguientes fuentes de ingresos adicionales: Ejemplos: pensión alimenticia, manutención de los hijos, manutención de la iglesia, pago por debajo de la mesa, desempleo, cupones de alimentos, subsidio de Vivienda

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Certifico que la información anterior es completa y veraz.**

\_\_\_\_\_ ( Nombre impreso)

\_\_\_\_\_ ( Firma)

\_\_\_\_\_ ( Fecha)

\_\_\_\_\_ ( Testigo)

# Estado de empleo para la Bountiful Food Pantry

## Para ser completado por cada adulto

### Empleado (elija uno): se requieren talones de pago/ cheques o alternativos

Estoy empleado regularmente \_\_\_\_\_ (Empleador) y gano \$ \_\_\_\_\_ / mes

Ocasionalmente estoy empleado \_\_\_\_\_ (Empleador) y gano aproximadamente \$ \_\_\_\_\_ / mes

### Recibir asistencia del gobierno: se requiere verificación de los beneficios federales

Recibo ingresos del Seguro Social y / o ingresos por discapacidad por un monto de \$ \_\_\_\_\_ / mensual

### Desempleados:

Estoy desempleado y no tengo otra fuente regular de ingresos \_\_\_\_\_ (iniciales).

- Estoy buscando trabajo utilizando los siguientes recursos:

- Departamento de Servicios de la Fuerza Laboral \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### Otros ingresos / manutención:

Tengo las siguientes fuentes de ingresos adicionales: Ejemplos: pensión alimenticia, manutención de los hijos, manutención de la iglesia, pago por debajo de la mesa, desempleo, cupones de alimentos, subsidio de Vivienda

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Certifico que la información anterior es completa y veraz.**

\_\_\_\_\_ ( Nombre impreso)

\_\_\_\_\_ ( Firma)

\_\_\_\_\_ ( Fecha)

\_\_\_\_\_ ( Testigo)