

SOLICITUD PARA LA DESPENSA DE ALIMENTOS

641 Plainsboro Road
Plainsboro, NJ 08536
609-799-0909, x1712

IMPORTANTE! Documentos Requeridos

- 1. Usted necesita proporcionar prueba de residencia en Plainsboro (como recibo de la luz con su nombre y dirección)**
- 2. Usted necesita proporcionar una copia de la más reciente declaración de impuestos sobre ingresos para todos los miembros de su familia que ganan ingresos en su hogar.**

O

Para cada persona en su hogar que recibe asistencia del gobierno (como cupones de alimentos, asistencia de energía del hogar, el desempleo, etc.), adjunte la documentación más recientes de esta asistencia.

Procedimientos Para La Despensa De Alimentos De Plainsboro

Paso # 1 – SOLICITUD: Complete y someta la solicitud adjunta. Se le notificará, dentro de dos semanas después de recibir su solicitud, si es elegible para la asistencia de comida. Su situación actual y estado financiero determina su elegibilidad. El Municipio de Plainsboro se reserve el derecho de requerir documentación adicional, tal como prueba de elegibilidad, mientras que este recibiendo asistencia.

Paso # 2 - LISTA DE COMPRA: Complete y someta la Lista De Compra adjunta. La comida será empacada para usted, basado en su lista. Aunque todo el esfuerzo se hará de cumplir con su pedido, por favor entienda que esto no siempre será posible ya que nosotros trabajamos con donaciones y no siempre tenemos todos los productos. Favor de indicar cualquier necesidad dietética especial.

Paso # 3 – RECOGIDA: Los alimentos serán distribuidos cada segundo (2) y cuarto (4) jueves del mes (ajustes se harán para días feriados si es necesario). Si usted no puede recoger su paquete de comida, por favor llámenos 48 horas antes y podemos coordinar una cita para entregarle los alimentos. Sin no, tendrá que esperar hasta la próxima semana de distribución de alimentos. Guarde el calendario de distribución de alimentos adjunto, como referencia. Las fechas del calendario en color intenso son los días que puede recoger los alimentos. Para recoger sus alimentos, venga al Food Pantry (Dispensario de Alimentos) localizado en el nivel plaza del edificio municipal, afuera de la sala de Comunidad A/B. Si se le olvida recoger su comida durante de la semana de distribución, favor de notificarle a la oficina al numero 609-799-0909, Ext. 1712. Nosotros le guardaremos sus alimentos hasta el próximo día de distribución. **No somos responsables de comunicarle y recordarle de los días de distribución de alimentos. Si usted no nos notifica y deja de recoger sus alimentos tres (3) días de distribución de alimentos consecutivos, su asistencia de alimentos será cancelada.**

Bolsas reutilizables serán distribuidas a los recipientes de comidas del dispensario de alimentos. Sus bolsas reutilizables TENDRAN QUE SER DEVUELTAS cada vez que venga a recoger sus alimentos. Si no las devuelve, sus alimentos se les pondrán en bolsas desechables.

¡Gracias!



TOWNSHIP OF PLAINSBORO

Recreation & Community Services
641 Plainsboro Road
Plainsboro, NJ 08536
609-799-0909 x1712
recdept@PlainsboroNJ.com

Recibido _____

Aprobado/ No Aprobado

Registración al Dispensario de Alimentos

Favor escriba claro o a maquinilla. Formularios incompletos no serán recibidos.

Fecha de Planilla	¿Como se enteró del dispensario de alimentos?
-------------------	-----------------------------------------------

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Primer Nombre	Apellido	¿Es usted el cabecilla del hogar?
Calle	Ciudad	Código Postal
Teléfono Casa/Celular	Dirección Electrónica	[] Masculino [] Femenino

Favor denote abajo los nombres y edades de todos (incluyéndose usted) que residen en esta dirección ya sea en forma parcial o a tiempo completo.

Primer Nombre	Apellido	Edad	Relación al Solicitante
1.			USTED
2.			
3.			
4.			

¿Hay algún miembro del hogar deshabilitado? [] Si [] No ¿Cuál es la deshabilitad?

¿Si se le pide, está usted preparado para proveer verificación de aquellos que con usted residen? [] Si [] No

Necesidades Dietética

Por favor, indique a continuación, el número de personas que residen en la dirección indicada anteriormente, con cualquiera de las siguientes necesidades o limitaciones dietéticas.

_____ diabetes _____ formula de niño /comida _____ comida judaica _____ intolerancia a la lactosa
_____ dieta bajo en grasa _____ dieta bajo de sodio _____ alergia a los nueces _____ alergia al trigo
_____ vegetariana other _____

Por favor indique productos no comestibles que le son difíciles de comprar (no indicamos ni prometemos podérselos proveer).

¿Hay alguna información adicional que usted desea ofrecer en cuanto a las necesidades del hogar?

Firma de Solicitante _____ Fecha _____

INFORMACIÓN DEL HOGAR

¿Usted u otro miembro de su hogar están recibiendo asistencia?

Si No

Si respondió que sí, favor de indicar cuales ayudas reciben a continuación.

- | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SSI | <input type="checkbox"/> SSDI | <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Almuerzo Escolar |
| <input type="checkbox"/> Cupones de Alimentos de NJ /SNAP | <input type="checkbox"/> NJ WIC | <input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo de NJ | <input type="checkbox"/> Beneficios de deshabilitados de NJ |
| <input type="checkbox"/> Compensación al Obrero de NJ | <input type="checkbox"/> WFNJ Asistencia Temporal (TANF) | | <input type="checkbox"/> WFNJ Asistencia General |
| <input type="checkbox"/> WFNJ Asistencia de Emergencia | <input type="checkbox"/> HUD Asistencia de Becas | | |
| <input type="checkbox"/> Otro - Asistencia Federal (especifique) _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Otro - Asistencia Estatal (especifique) _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Otro - Asistencia del Condado (especifique) _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Oro - Asistencia de Caridad (especifique) _____ | | | |

¿Reside usted en una vivienda subsidiaria?

Si No

¿Esta empleado actualmente? Si No ¿Si no, cuando fue la ultima vez que estuvo empleado? _____

¿Esta buscando empleo? Si No

Por favor indique a continuación **EL NUMERO DE PERSONAS**, que residen en la dirección proveída que reciban ingresos de las Fuentes siguientes:

_____ Salario _____ Beneficios de Retiro _____ Seguro Social

Para estadísticas solamente (Opcional) Circule uno:

Blanco Negro/Africano Americano Asiático Nativo American/Nativo de Alaska Nativo de Hawaï/Isla del Pacífico

Otro _____

Designar Raza (Opcional) Circule Uno:

Hispano No-Hispano

¿Usted o algún miembro de su familia tiene una discapacidad tal como se define en la Sección 223 de la Ley del Seguro Social?

Si _____ No _____

Si usted tiene una discapacidad que afecta su habilidad de completar esta solicitud, por favor póngase en contacto con Donna Sher al teléfono 609-799-0909 x 1706 para programar una cita y dejarnos saber como podemos acomodar razonablemente sus necesidades.

¿Cuánto fue el total de ingresos en su hogar del año pasado? \$ _____

REQUERIDO: Por favor adjunte a esta solicitud copias de las más recientes declaraciones de impuestos sobre ingresos para cada asalariado en su hogar. Por cada persona que recibe asistencia del gobierno, tal como indico en la pagina # 1, adjunte documentación de esa asistencia en lugar de la declaración de impuestos sobre ingresos para ese individuo.

Declaraciones de impuestos sobre ingresos son necesarias para las personas en su hogar que no reciben ayuda del gobierno.

¿Ha ido usted o algún miembro del hogar a otro dispensario de alimentos de la comunidad en el último año? Si No

¿Hay una situación de emergencia que le causa a usted pedir asistencia? Si, por favor explique la situación.

Yo certifico que soy un miembro del hogar indicado en esta aplicación y que toda la información proporcionada con respecto a mi casa es verdad y exacta, y entiendo que cualquier declaración o representación falsas darán lugar a la pérdida de la ayuda. Firmando este documento, estoy dando le al municipio de Plainsboro consentimiento en escrito que puede compartir la información pertinente con otras las agencias locales de la comunidad si es necesario. Estas agencias serán tendrán el mismo nivel del secreto que el municipio de Plainsboro.

Firma del Solicitante _____ Fecha _____