

**FOOD FOR LANE COUNTY PARTNER AGENCY
INTAKE FORM FOR EMERGENCY FOOD ASSISTANCE**

A partner agency of



Welcome! Please complete this form the first time you visit us each fiscal year.

Name: _____

Address: _____ Apt #: _____ City: _____ Zip _____

Or check here if homeless _____

Number of people living in your household:

_____ in household (total)

OPTIONAL INFORMATION

_____ adults (ages 18 and older)

_____ children (ages 17 and under)

By signing below I declare that my household income is at or below the posted eligible income levels, OR that I am currently participating in the Food Stamp program, TANF, SSI, LIHEAP. I also affirm that my address and the number of people in my household are true and accurate and that I will not sell, barter, or trade the food received.

Signature _____ Date: _____

Family Size	Monthly Income	Annual Income
1	\$1,926	\$23,107
2	\$2,607	\$31,284
3	\$3,289	\$39,461
4	\$3,970	\$47,638
5	\$4,652	\$55,815
6	\$5,333	\$63,992
7	\$6,015	\$72,169
8*	\$6,696	\$80,346

* For each additional member, add \$682 per month or \$8,177 per year

For office use only (Write date of visit)	
1.	10.
2.	11.
3.	12.
4.	13.
5.	14.
6.	15.
7.	16.
8.	17.
9.	18.

The following information is optional and will not affect your ability to receive a food box. It is requested in order to provide you better service and for reporting purposes.

List all household members, including yourself, who live and eat with you. Include their ages, ethnicity, and race, using the following letters for racial categories.

- W = White/Caucasian
- B = Black/African
- AI = American Indian/Alaska Native
- A = Asian
- NH = Native Hawaiian/Pacific Islander
- M = Multiracial (more than one race)
- U = Unknown or decline to answer

Name	Age	Hispanic/Latino?	Race Enter a letter from above
1.		Yes No	
2.		Yes No	
3.		Yes No	
4.		Yes No	
5.		Yes No	
6.		Yes No	

The agencies in FoodNet are equal opportunity providers.

**Una Agencia Asociada con FOOD for Lane County
(ALIMENTO para el condado de Lane)
FORMULARIO PARA ASISTENCIA DE COMIDA DE EMERGENCIA**

Una agencia asociada con



¡Bienvenido! Favor de llenar este formulario la primera vez que nos visita cada año fiscal.

Nombre: _____

Dirección: _____ Apto. #: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

O marque aquí si no tiene hogar: _____

Número de personas que viven en su casa:

_____ en casa (total)

INFORMACIÓN OPCIONAL
_____ adultos (18 y mayor)
_____ niños (17 y menor)

Firmando abajo yo declaro que los ingresos de mi casa están al o por debajo del nivel de ingresos elegible o que yo actualmente estoy participando en el programa de estampillas de comida, TANF, SSI, o LIHEAP. Yo también afirmo que mi domicilio y la cantidad de personas en mi hogar son verdaderos y exactos y que no venderé, trocaré, ni intercambiaré la comida que recibo.

Firma _____ Fecha: _____

Tamaño de Hogar	Ingreso Mensual	Ingreso Anual
1	\$1,926	\$23,107
2	\$2,607	\$31,284
3	\$3,289	\$39,461
4	\$3,970	\$47,638
5	\$4,652	\$55,815
6	\$5,333	\$63,992
7	\$6,015	\$72,169
8*	\$6,696	\$80,346

*Por cada persona adicional, añada \$682 por mes o \$8,177 por año

Uso de oficina solamente (Write date of visit)	
1.	10.
2.	11.
3.	12.
4.	13.
5.	14.
6.	15.
7.	16.
8.	17.
9.	18.

La información siguiente es opcional y no afectará su habilidad de recibir una caja de alimento. Se lo pide para proveerle mejor servicio y para propósitos de informes.

Ponga todos los miembros (incluyendo usted mismo) de su hogar que viven y comen con usted. Incluya sus edades, su etnicidad, y su raza. Para la raza, escriba una de las letras siguientes.

- W = Blanco(a)/Caucásico(a)
- B = Negro(a)/Africano(a)
- AI = Amerindio(a)/Indígena de Alaska
- A = Asiático(a)
- NH = Indígena de Hawái/Isleño(a) del pacífico
- M = Multirracial(a) (más de una etnicidad)
- U = No Sabe o no quiere contestar

Nombre	Edad	Hispano/a o Latino/a?	Raza
1.		Sí No	
2.		Sí No	
3.		Sí No	
4.		Sí No	
5.		Sí No	
6.		Sí No	

Las agencias en FoodNet son proveedores que ofrecen igualdad de oportunidades

PERMISSION TO PICK UP FOOD BOX

I authorize the following individual(s), who are not listed as members of my household, to come to the Pantry to shop for me. I understand that the Pantry is not responsible for the food choices these individuals would make for me. (Please PRINT first and last name of authorized shoppers.)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Client's Signature

Date

Client's Printed Name

PERMISO A RECOGER CAJA DE COMIDA

Yo autorizo a la(s) persona(s) siguiente(s), quien(es) no son miembros de mi hogar, a recoger una caja de comida por mi. Entiendo que la Despensa no tiene responsabilidad sobre los contenidos de la caja. (Por favor ESCRIBA el nombre y apellido de los compradores autorizados).

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Firma del cliente

Fecha

Nombre escrito del cliente