

**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	\$3,190	\$38,280
2	\$4,310	\$51,720
3	\$5,430	\$65,160
4	\$6,550	\$78,600
5	\$7,670	\$92,040
6	\$8,790	\$105,480
7	\$9,910	\$118,920
8*	\$11,030	\$132,360

\* For each additional member, add \$1,120 per month or \$13,440 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	

**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	\$3,190	\$38,280
2	\$4,310	\$51,720
3	\$5,430	\$65,160
4	\$6,550	\$78,600
5	\$7,670	\$92,040
6	\$8,790	\$105,480
7	\$9,910	\$118,920
8*	\$11,030	\$132,360

\*Por cada persona adicional, añada \$1,120 por mes o \$13,440 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