



Yavapai Food Bank

(928) 775-5255

www.yavapaifoodbank.org • email: yfbfood@cableone.net
8866 E. Long Mesa • Prescott Valley, AZ 86314 • Fax: (928) 759-2277

SERVING YAVAPAI COUNTY SINCE 1992

Cliente ID No. _____ La aplicación de caja comida nutritiva

Assigned by Yavapai Food Bank

A (0-5)____ B (6-12)____ C (13-18)____ D (19-25)____ E (26-39)____ F (40-59)____ G (60-69)____ H (70+)____

POR FAVOR IMPRIMA TODA LA INFORMACIÓN.

Soltero Casada La cabeza de casa

Fecha: _____

Nombre: _____ Hombre Mujer
Ultimo Primero edad

Esposo/esposa or *significativo otro: _____ Hombre Mujer
* (juntos por lo menos 2 años) Ultimo Primero edad

Los niños bajo la edad de 18, y personas mayores o miembros incapacitados de la casa: (Nombres - edades, hombre ó mujer)

Dirección: _____
Numero de casa calle o apartado Ciudad estado codigo postal

La dirección física si diferente de arriba: _____

Teléfono: _____ **Número de teléfono de mensaje:** _____

¿Cuanto ganas por ano, mes o semana? _____ Ano Mes Semana Otro

Ingreso de: Trabajo Disabiliti SSI Seguro Social DES Otro _____

¿Resives estampillas de comida? Sí No **Porque, no?** _____

¿Vas para otro banco de comida? Sí No **¿Sí, a cual?:** _____

LEA POR FAVOR Y RECONOZCA FIRMAR de NY DEBAJO DE QUE USTED HA LEIDO Y HA ENTENDIDO LA DECLARACION SIGUIENTE:
yo por la presente justifico y garantizo al Banco del Alimento de Yavapai, y a sus oficiales, que tendré mismo, inocuo de cualquier y todas obligaciones, los reclamos, las pérdidas, las causas de la acción judicial, los juicios de la ley o en la equidad, o en cualquier obligación que todo lo que surgiendo fuera de o atribuido a cualquier acción en mi parte con respecto al recibir, El almacenamiento y/o el uso de los artículos suministrados a mí por Banco de Alimento de Yavapai.

Firma de aplicante: _____ Fecha: _____

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA:

INFORMACION VERIFICACION:

ID: Licencia de manejar Carta de S.S. Dé a luz a Certificado Otro _____

INCOME: Talon de cheque Carta de S.S. Carta de DES Carta de SSI Carta de Taxis anual Otro _____

La caja(s) elegible: La nutrición general _____ Las iniciales del voluntario: _____

La información adicional.