



Aplicación para Rocky Ford Food Share

Información del Aplicante

Nuestra misión es... mejorar la calidad de vida de las personas en nuestra comunidad. Small Town Project está trabajando para mejorar el acceso a alimentos nutritivos en nuestra comunidad para TODAS las familias que lo necesitan. Por favor complete la solicitud completa. No hay requisitos de ingresos, documentación o residencia para asistencia. La información recopilada nos ayuda a entender a quién estamos asistiendo. Las solicitudes se procesarán en el orden recibido. Las familias son elegibles para Food Share cada dos semanas. Si se aprueba, nos pondremos en contacto con usted con su "Número de recogida" y las instrucciones de recogida.

Nombre: _____ Fecha: _____
Last First M.I.

Residencia: _____
Dirección Apartamento #

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: _____ Email _____

La mejor manera de ponerse en contacto con usted? Email Text Phone Call

Información del Hogar

Adultos en el Hogar (18-59 years): _____ Ingreso Familiar Anual (Debe incluir sus ingresos para calificar): \$ _____

Niños en el Hogar (0-17 years): _____

Mayores en el Hogar (60+ years): _____

¿Actualmente recibe beneficios de alguno de los siguientes programas? (Seleccione todos los que correspondan)

- CCAP Medicaid SSI VA
- Disability Medicare TANF WIC
- Free or Reduced Lunch SNAP Unemployment Other: _____

Información de Necesidades

Por favor, explique por qué solicita asistencia:

¿Hay algún alimento específico o artículos para el hogar que necesite?

Enumere cualquier alergia o restricción dietética:

Autoidentificación

Las solicitudes se consideran sin distinción de raza, color, sexo, origen nacional, condición de veterano o discapacidad. Complete la autoidentificación del solicitante para ayudarnos a comprender a las poblaciones a las que servimos y para ayudarnos con el mantenimiento de registros, informes y otros requisitos. La información se mantendrá confidencial. La finalización de la información a continuación es voluntaria.

¿Te consideras Hispano/Latinx? Si No Prefiero no contestar

Raza/grupo étnico (marque todos los que correspondan): American Indian or Alaskan Native Asian Black or African American
 Native Hawaiian or Pacific Islander White or Caucasian I prefer not to answer

¿Eres un Veterano Protegido? Si No Prefiero no contestar

¿Tiene una discapacidad que califica? Si No Prefiero no contestar

Descargo de Responsabilidad y Firma

Completar este formulario no garantiza asistencia. Nuestros recursos son limitados y haremos todo lo posible para ayudar a tantas familias como podamos cada semana.

Certifico que mis respuestas son verdaderas y completas a mi leal saber y entender.

Firma: _____



Rocky Ford Food Share Application

Applicant Information

Our mission is to...improve the quality of life for people in our community. Small Town Project is working to enhance access to nutritious foods in our community for ALL families in need. Please complete the entire application. There are no income, documentation or residence requirements for assistance. Information gathered helps us understand who we're assisting. Applications will be processed in the order received. Families are eligible for Food Share every other week. If approved, we will contact you with your "Pick-up Number" and pick-up instructions.

Full Name: _____ Date: _____
Last First M.I.

Address: _____
Street Address Apartment/Unit #
_____ City State ZIP Code

Phone: _____ Email _____

Best way to contact you? Email Text Phone Call

Household Information

Adults in Household (18-59 years): _____ Annual Family Income (Must list income to qualify): \$ _____

Children in Household (0-17 years): _____

Seniors in Household (60+ years): _____

Do you currently receive benefits from any of the following programs (Select all that apply)?

- CCAP Medicaid SSI VA
- Disability Medicare TANF WIC
- Free or Reduced Lunch SNAP Unemployment Other: _____

Needs Information

Please give a brief explanation of why you are applying for assistance:

Are there any specific food or household items you will need?

Please list any allergies or dietary restrictions:

Self-Identification

Applications are considered without regard to race, color, sex, national origin, veteran status, or disability status. Please complete the Applicant Self-Identification to help us understand the populations we serve and to assist us with record keeping, reporting, and other requirements. The information will be kept confidential. The completion of the information below is voluntary.

Do you consider yourself to be Hispanic/Latinx? Yes No I prefer not to answer

Race/Ethnic Group (Please check all that apply): American Indian or Alaskan Native Asian Black or African American
 Native Hawaiian or Pacific Islander White or Caucasian I prefer not to answer

Are you a protected Veteran: Yes No I prefer not to answer

Do you have a qualifying Disability: Yes No I prefer not to answer

Disclaimer and Signature

Completing this form does not guarantee assistance. Our resources are limited, and we will do our best to assist as many families as we can each week.

I certify that my answers are true and complete to the best of my knowledge

Signature: _____