

BROWN BAG: FOOD FOR ELDERERS

A program of The Food Bank of Western Massachusetts

REGISTRATION FORM

PLEASE COMPLETE AND MAIL THIS FORM TO:

The Food Bank of Western Massachusetts
97 North Hatfield Road, PO Box 160
Hatfield, MA 01038
Telephone: (413) 247-9738, (800) 247-9632; Fax: (413) 247-9577



Please print. Income verification may be requested.

NAME _____

MAILING ADDRESS _____

STREET ADDRESS (If Different) _____

CITY _____ ZIP _____

PHONE _____

YEAR OF BIRTH _____ If you are under 55, do you have a documented disability? _____

SEX _____ LANGUAGE SPOKEN AT HOME _____ RACE _____

AT WHICH SITE WILL YOU PICK UP YOUR BROWN BAG? _____

DO YOU RECEIVE ANY OF THE FOLLOWING? (Please circle all that apply)

- | | | |
|-----------------|---------|-----------------------------------------------------------------|
| Food Stamps | TANF | Veteran's Aid |
| Fuel Assistance | WIC | Medicaid (MassHealth) |
| Head Start | Welfare | Supplemental Security Income (SSI),
SSI Monthly Amount _____ |

If you did **NOT** circle any of the above:

What is the total **GROSS MONTHLY** income for everyone in your **HOUSEHOLD** (please include social security, pension, retirement dividends, & other income)? _____

Who else lives in your household?

Name	Race	Sex	Year of Birth

BROWN BAG DELIVERER'S NAME _____ PHONE _____

(Note: Home delivery is not a service provided or coordinated by The Food Bank. If you need to have your bag delivered, please contact the person in charge at your site to see if this service is available. It is not a guaranteed method of receiving your Brown Bag.)

YOUR SIGNATURE _____ DATE _____

In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. (Not all prohibited bases apply to all programs.) To file a complaint of discrimination, write to USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, or call (800)795-3272 (voice) or (202)720-6382 (TDD). USDA is an equal opportunity provider employer, and lender.

For office use only.		Date entered into BBDB:	Staff initials:
Date Application Received:	Accepted? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	Date notified by phone:	Site:
		Date letter sent:	Card #:
		Transfer <input type="checkbox"/> Old Site/Card #:	

BROWN BAG PARA PERSONAS MAYORES

Un programa de Food Bank of Western Massachusetts

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

POR FAVOR DE COMPLETAR Y ENVIAR ESTE FORMULARIO A:

The Food Bank of Western Massachusetts
 97 North Hatfield Road, PO Box 160
 Hatfield, MA 01038
 Telephone: (413) 247-9738, (800) 247-9632; Fax: (413) 247-9577



Por favor escriba en letra de molde. Prueba de ingresos puede ser solicitado.

NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____

DIRECCIÓN POSTAL (Si Diferente) _____

CIUDAD _____ **CODIGO POSTAL** _____

TELÉFONO _____

AÑO DE NACIMIENTO _____ ¿Si tiene menos de 55 años, tiene una discapacidad documentada? _____

(Escoja Uno) HOMBRE _____ **MUJER** _____

LENGUAJE PRIMARIO _____ **RAZA** _____

¿EN QUE SITIO DE "BROWN BAG" UD. QUIERE RECOGER SU BOLSA? _____

¿Recibe usted algunos de los siguientes? (Por favor marque todos que recibe.)

- | | | |
|---------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------|
| Cupones de Alimento | TANF | Ayuda Veterana |
| Asistencia de Gas | WIC | Medicaid (MassHealth) |
| Head Start | Welfare | Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) |
| | | <i>Total Mensual de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI):</i> _____ |

Si no recibe ninguna asistencia de los fuentes arriba:

¿Cuales son los ingresos MENSUALES totales de todos los miembros de su hogar (por favor incluya Seguro Social, Pensión, dividendos de jubilación u otros ingresos) ? _____

Por favor, completa la información siguiente por los miembros de su hogar:

Nombre	Raza	Hombre o Mujer	Año de Nacimiento

NOMBRE DE DESPACHADOR _____ **TELÉFONO** _____

(Reparto a domicilio no es un servicio proveido o coordinado por el FB. Si necesita que se le lleve su bolsa a su casa, por favor llame a la persona encargada de su programa para verificar si este servicio esta disponible. Este método no garantiza que recibirá su bolsa de alimentos.)

SU FIRMA _____ **FECHA** _____

De acuerdo con la ley federal y las políticas del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA, sigla en inglés), se le prohíbe a esta institución que discrimine a base de raza, color, origen nacional, género, edad, religión, credo político, o impedimentos. Para presentar una queja sobre discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, o llame al (800) 795-3272 (voz) o (202) 720-6382 (TDD). USDA es un proveedor y empleador que ofrece oportunidad igual para todos.

Por uso en la oficina.		Date entered into BBDB:	Staff initials:
Date Application Received:	Accepted? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	Date notified by phone:	Site:
		Date letter sent:	Card #:
		Transfer <input type="checkbox"/> Old Site/Card #:	