



Departamento de Servicios Humanos de Georgia

Servicios para personas mayores | Servicios de manutención infantil | Servicios para familias y niños

Cuestionario de elegibilidad para bancos de alimentos

Nuestra agencia cuenta con un contrato con el Departamento de Servicios Humanos de Georgia (DHS, en inglés) para recibir fondos complementarios. Estos fondos, determinados según la cantidad de personas atendidas, ayudan a cubrir los costos de operación del programa. Los participantes deben cumplir con ciertos requisitos de elegibilidad. Complete este cuestionario, ya que es necesario para que podamos recibir los fondos del DHS.

Completar este formulario no afectará los servicios que se le brinden.

Información del solicitante

Nombre: _____

Teléfono: _____

Condado de residencia: _____

Correo electrónico: _____

¿Cuántas personas viven con usted en ese domicilio? _____

¿Cuál es el ingreso mensual total del hogar? (El ingreso total del hogar incluye los ingresos de los padres, tutores, cuidadores y niños) \$_____

Recibe actualmente: SNAP ____ TANF ____ Medicaid ____ SSI ____ (Marque todas las opciones que correspondan)

Nombre de la persona que completa este formulario en nombre del solicitante: _____

Información de contacto de la persona que completa este formulario en nombre del solicitante:

Fecha de finalización: _____

Al completar este formulario, certifico que yo y todos los miembros de mi hogar que deben hacerlo cumplen con los requisitos de elegibilidad para el programa GNAP: los niños en el hogar, el nivel de ingreso familiar que califica, la participación en programas que corresponden y el estatus de residencia legal. Declaro que la información que se brinda es verdadera, precisa y completa según mi conocimiento, y entiendo que cualquier falsificación, omisión u ocultamiento de información relevante puede generar responsabilidad administrativa, civil o penal.