

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE GEORGIA
Programa de Emergencia de Asistencia Alimentaria (TEPAF)
Solicitud de recomendación del beneficiario

Nombre de la organización _____

Información de contacto para el personal del programa (nombre, número de teléfono y dirección de correo electrónico si corresponde):

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Otro contacto: _____

Si usted no está de acuerdo con recibir nuestros servicios debido al carácter religioso de nuestra organización, complete este formulario y entréguelo al contacto del programa identificado arriba. El uso de este formulario es voluntario.

Si no está de acuerdo con el carácter religioso de nuestra organización, haremos todo lo razonablemente posible para identificar y remitirlo a un proveedor alternativo con el que esté de acuerdo. No podemos garantizar, sin embargo, que en todas las instancias habrá un proveedor disponible.

() Marque si desea que se lo recomiende a otro proveedor de servicios.

Proporcione la información siguiente:

Su nombre: _____

**La mejor manera de contactarlo
(teléfono/dirección/correo electrónico):** _____

SOLO PARA USO DEL PERSONAL

1. Fecha de objeción: ___ / ___ / ___

2. Recomendación (marcar uno)

() La persona fue remitida a (nombre e información de contacto del proveedor alternativo):

() Se le entregó la información de la referencia proporcionada por la agencia estatal (p. ej., sitio web, línea de asistencia o listado de otros proveedores de servicios financiados por la agencia estatal)

() La persona se marchó sin una recomendación

() No hay otro proveedor de servicios como alternativa. Resuma a continuación todos los esfuerzos que hizo para identificar a un proveedor alternativo (lo que incluye contactar la agencia estatal o local, o a la agencia receptora elegible):

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades