



Sites may request but cannot require proof of information. / Los sitios pueden solicitar pero no deben requerir prueba de información.

Name of household member/ Nombre del miembro de la unidad familiar	
Address/ Dirección	
Name of Proxy/ Nombre de apoderado	

Number of household members/ Numero de Miembros del hogar

Does your family receive any type of assistance? Check all that apply ¿Su familia recibe alguna forma de asistencia? Si la respuesta es si, indique cuales con una X.

Temporary Assistance To Needy Families (TANF / AFDC) / Asistencia Temporaria Para Familias Necesitadas	<input type="checkbox"/>	SNAP (Food Stamps) / Estampillas de comida	<input type="checkbox"/>
Supplemental Security Income (SSI)/Seguridad de ingreso suplementario	<input type="checkbox"/>	Medicaid	<input type="checkbox"/>
National School Lunch Program (NSLP) (free or reduced-price meals)/Programa nacional de almuerzos escolares (comidas gratis o a precio reducido)	<input type="checkbox"/>		

The Total Gross Income (the amount before deductions) of all household members is/ Los ingresos totales (antes de deducciones) para todos los miembros del hogar son:

GROSS INCOME / Ingreso bruto total	\$	Per Year/ por año	Per Month/ por mes	Per Week/ por semana

If household is eligible for household crisis food needs, document reason for crisis here. /Si el hogar es elegible para las necesidades alimentarias del hogar en caso de crisis, documenta el motivo de la crisis aquí.

(1) I am a member of the household living at the address provided in Section 1 and that, on behalf of the household, I apply for USDA Foods that are distributed through The Emergency Food Assistance Program; (2) all information provided to the agency determining my household's eligibility is, to the best of my knowledge and belief, true and correct; and (3) if applicable, the information provided by the household's proxy is, to the best of my knowledge and belief, true and correct.

Al firmar, certifico que: (1) soy miembro del hogar que vive en la dirección que se da en la Sección 1, y que solicito en nombre de la unidad familiar los doméstica de alimentos USDA que se distribuidos por el Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia; (2) toda la información que le he dado al departamento que determinará si mi unidad familiar llena los requisitos del programa, es, a mi leal saber y entender, verdadera y correcta; y (3) Si corresponde, la información proporcionada por el apoderado del hogar es, a lo mejor de mi conocimiento y creencia, verdadero y correcto

This section to be completed by site staff:

Eligibility or Ineligibility	Elegibilidad o Inelegibilidad
<input type="checkbox"/> Household is eligible. Length of certification: Beginning (month/year): _____ Ending (month/year): _____	<input type="checkbox"/> El Hogar es elegible. Duración de la certificación: Inicio (mes/año): _____ Final (mes/año): _____
<input type="checkbox"/> Household is ineligible based on Sections 2 and 3, but qualifies for TEFAP based on Household Crisis Eligibility (Section 4). Length of certification: Beginning (month/year): _____ Ending (month/year): _____	<input type="checkbox"/> El hogar no es elegible basado en las secciones 2 y 3, pero califica para TEFAP basado en la elegibilidad de crisis del hogar (Sección 4). Duración de la certificación: Inicio (mes/año): _____ Final (mes/año): _____

Signature and date of CE or site staff

Firma y fecha del CE o del sitio personal

Staff Signature/ Firma del personal _____	Date/ Fecha _____
--	--------------------------

Parent/Legal Guardian Name (Apellido/Nombre/Tutor Legal)

Phone Number (Número de teléfono)

Street Address (Dirección)

City (Ciudad)

Zip Code (Postal)

Children's Name(s) (Nombres de niños)

Age (Edad)

Ethnicity (Etnia)

Children's Name(s) (Nombres de niños)	Age (Edad)	Ethnicity (Etnia)

In an emergency, please contact (En caso de emergencia, comuníquese con):

Name (Nombre)

Phone (Número de teléfono)

Relationship (Relación)

By signing this form: I certify to Galveston County Food Bank ("GCFB") that I am the parent/legal guardian of the children named above ("my children"); I agree to allow my children to participate in the Summer 2024 Kidz Pacz Program ("Program") by receiving KIDZ PACZ provided by GCFB to a designated host site. I agree that we will follow all rules of the Program and of the host site, and that GCFB may at any time change, suspend or terminate the Program; I understand that GCFB is not responsible for and does not control the host site, and does not represent the safety or condition of the host site. Al firmar este formulario: Certifico a El Banco de Galveston County ("GCFB") que yo soy el padre / tutor legal de los niños mencionados en el encabezamiento ("mis hijos"). Estoy de acuerdo en permitir a mis hijos a participar en el recuadro "Kidz Pacz Program" ("Programa") y de acuerdo en que vamos a seguir todas las reglas del Programa, y que Pasajes podrá en cualquier momento cambiar, suspender o terminar el programa; Yo entiendo que Pasajes no es responsable de controlar y no controla el Fondo, y no representa la seguridad o el estado de la instalación. Estoy de acuerdo en ser responsable de mis hijos mientras están en el Fondo y Pasajes de acuerdo en que no es responsable de la supervisión de mis hijos.

I understand that for children with food allergies, Kidz Pacz items may contain possible allergen-containing ingredients that could be harmful to them. Parents and guardians concerned with food allergies need to be aware of this risk; I agree that GCFB does not assume any liability for adverse reactions to foods consumed, and I agree to assume any and all risks associated with my children's participation in the Program, including any adverse reaction my children may have to foods consumed. Yo certifico que mis hijos no tienen alergias a los alimentos distintos de los que he mencionado, y entiendo que para los niños con alergias a los alimentos, artículos para niños Programa de Almuerzo puede contener posibles alérgenos que contienen ingredientes que podrían resultar perjudiciales para ella. Los padres y tutores interesados en las alergias alimentarias deben ser conscientes de este riesgo; Estoy de acuerdo que Pasajes no asume ninguna responsabilidad por reacciones adversas a los alimentos que se consumen, y estoy de acuerdo en asumir todos los riesgos asociados con la participación de mis hijos en el Programa, incluyendo cualquier reacción adversa a mis hijos pueden tener a los alimentos consumidos., Para mí y MIS HIJOS, POR ESTE MEDIO liberar y mantener en Pasajes de toda responsabilidad, demandas, daños,

I, for myself and my children, hereby release ad hold harmless GCFB from all liability, claims, damages, costs, actions, and suits in any way directly or indirectly related to or arising out of the program or my children's participations in the program, including but not limited to any illness or injury to my children, ("liabilities"), event if such liabilities arise in whole or in part from the sole, joint, or concurrent negligence of GCFB. Gastos, acciones y trajes de alguna manera directa o indirectamente relacionados con o derivados del programa o participation a mis hijos en el programa, incluyendo pero no limitado a cualquier enfermedades o lesiones a mis hijos, ("pasivos"), incluso si estos riesgos, incluso si estos riesgos surgir en todo o en parte de la negligencia unica conjuntas o concurrentes de pasajes.

**This institution is an equal opportunity provider. Este instituto es un proveedor de igualdad de oportunidades*

Parent's Name (Print)

(Apellido/Tutor legal - Nombre (Imprimir))

Signature (Firma)

Date (Fecha)