

LETRA DE AUTORIZACION PARA UN APODERADO AL GALVESTON COUNTY FOOD BANK.

Fecha: _____ Nombre de Participante: _____

Esta letra certifica que _____ está autorizado de levantar comida de parte de mí.
(Nombre de Apoderado Autorizado)

Primer Dia de Autorización*: _____

Final Dia de Autorización: _____

*Autorización no excede más de un año.

Locacion: 624 4th Ave N, Texas City, Texas 77590

Información de Participante-

Ingreso del Hogar cada Mes: _____

¿Participas en unas de estos programas? – SNAP, TANF, WIC, NSLP, SSI, Medicaid? Encierra en un círculo cualquier de las opciones.

¿Estás en una emergencia en donde necesitas asistencia para comida? Por favor de explicar.

*Información Adicional:

Numero de Teléfono: _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Etnicidad (circule uno): Africano Americano Anglo Hispano Asiático Otro

de niños de edad 0-17 en la familia: _____

de adultos de edad 18-59 en la familia: _____

de personas mayores en la familia: _____

Número de Teléfono del Proxy: _____

Atentamente,

**APODERADO NECESITA ENSENAR ID
CADA VEZ QUE LEVANTE COMIDA.**

Firma de Participante

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

*No se requiere información adicional para recibir servicios en GCFB.

