

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

**DEBE SER LLENADA Y FIRMADA POR EL PARTICIPANTE – NO EL APODERADO**

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.

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

**Información de Participante-**

Ingreso del Hogar cada mes: \_\_\_\_\_

¿Participa usted en alguno de los siguientes programas sociales? – 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:

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Miembro Adicional del Hogar Nombre y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Miembro Adicional del Hogar Nombre y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Miembro Adicional del Hogar Nombre y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Miembro Adicional del Hogar Nombre y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Miembro Adicional del Hogar Nombre y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Miembro Adicional del Hogar Nombre y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de Apoderado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Participante

**EL APODERADOR DEBE PRESENTAR SU ID  
CADA VEZ QUE RECOJA POR EL  
PARTICIPANTE**

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

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

