

LETRA DE AUTORIZACION PARA UN APODERADO AL GALVESTON COUNTY FOOD BANK

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

Nombre de Participante: _____

Esta letra certifica que _____ tiene al menos 18 años y está autorizado de levantar comida de mi parte. (Nombre de Apoderado Autorizado)

Número de Teléfono de Apoderado: _____

Primer Día de Autorización*: _____ Final Día 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: _____ Número de miembros del hogar _____

Circule el programa que usted participa – SNAP, TANF, WIC, NSLP, SSI, Medicaid

Otros programas sociales, si no están en la lista: _____

¿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: _____

Firma de Participante

Fecha

**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.