

FORMULARIO DE PODER- Representate



*Nombre de cliente: _____

*Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Ethnicidad: _____

*Dirección: _____

*Ciudad: _____ *CP/Zip: _____

Teléfono: _____ Ingresos mensuales del hogar: _____

Asistencia Pública Recibida: CSFP SNAP LEAP TANF OAP AND AB SSI

Miembros del Hogar:

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el cliente principal

Por favor enumere cualquier miembro adicional en la página opuesta.

*Programa: TEFAP EverGreen Box (CSFP) Despensa Móvil

Yo declaro a _____ y _____ para
Nombre de representante Nombre de representante secundario (opcional)
 servir como mi representante para llenar y firmar documentos, proporcionar
 requisitos de elegibilidad, y recoger mi comida del programa: _____.
Nombre de programa

Al firmar este formulario usted está de acuerdo que su nombre y datos entren a nuestro sistema en línea Link2Feed. Su información puede ser vista por asociados de Food Bank of the Rockies para poder mejor server nuestra comunidad.

Puede crear su propio perfil con Link2Feed visitando <http://newclient.link2feed.com/> o escanear el código QR.
 Tiene un número de cliente en Link2Feed? No es necesario registrarse.



Indique el número de cliente aquí (si corresponde): _____

Respectamos la privacidad de sus datos. Para aprender más sobre seguridad de datos de Link2Feed, visita: <http://bit.ly/DataPromise>
 Si desea que sus datos sean borrados por favor comuníquese por correo electrónico a: L2F@foodbankrockies.org.

Firma de cliente: _____ Fecha: _____

Firma de representante: _____ Fecha: _____

Firma de representante secundario: _____ Fecha: _____

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Last update: 6/8/2021

Conforme a la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participen o administren programas del USDA discriminen por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, represalia o venganza por actividades realizadas en el pasado relacionadas a los derechos civiles en algún programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras agrandada, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una queja de discriminación, complete el Formulario de Queja de Discriminación en el Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: How to File a Complaint (cómo presentar una queja) y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario lleno o carta al USDA por:

1. correo: U.S. Department of Agriculture;
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
2. fax: (202) 690-7442; o
3. correo electrónico: program.intake@usda.gov.

<i>Completado por Agencia</i>	
Check all that apply:	
<input type="checkbox"/>	New Client (Client application must be attached)
<input type="checkbox"/>	Renewal
<input type="checkbox"/>	Mobile Pantry
Renewal Period**:	To:
_____	_____
Today's Date (month/year)	1 year from today's date (month/year)
Link2Feed Client ID Number: _____	Has Proxy been indicated on Link2Feed? Y / N
MP clients must designate a proxy for each distribution, no exceptions	