

AVISO A TODOS LOS CLIENTES DE PANTRY

Para recibir una **CAJA COMPLETA** se requieren todos los documentos enumerados a continuación:

- Solicitud completada
- Identificación con foto (puede expirar) para todos los miembros adultos mayores de 18 años que viven en el hogar. Esto incluye: familiares, amigos, compañeros de cuarto u otras personas; cualquiera que viva en tu casa.
- Comprobante de ingresos **de los 30 días anteriores a la solicitud** para cada miembro que viva en el hogar, esto incluye: Familia, amigos, compañeros de habitación u otros. Cualquiera que viva en tu casa.

Solo se puede obtener la caja del **USDA** a través de la auto declaración.

No se aceptarán extractos bancarios como prueba de ingresos. Solo muestran ingresos netos y necesitamos ingresos brutos.

Incluso si está desempleado, pero recibe dinero de otra fuente... necesitamos esta prueba de ingresos para registrarla en su archivo. Esto se considera ingreso.

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN

Junta Asesora de Despensa de Alimentos de la Cuenca de Uintah

Somos una agencia de igualdad de oportunidades. Todas las adaptaciones, incluidos los servicios y ayudas auxiliares, están disponibles a pedido para personas con discapacidades llamando al (435) 722-4518 al menos 3 días antes de su cita. Las personas con impedimentos auditivos o del habla pueden llamar a Relay Utah llamando al 711, y / o Spanish Relay Utah: 1-888-346-3162 para obtener ayuda.



La Asociación de Acción de la Comunidad de los Cinco Condados - CSBG – Aplicación para Servicios

* POR FAVOR COMPLETA A LO MEJOR DE SU CONOCIMIENTO *

FECHA DE ENTRADA (hoy): _____

NUMERO de SEGURO SOCIAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____
 MES DIA AÑO

E-MAIL: _____

SEXO: HOMBRE MUJER
 DISCAPACIDAD: SI NO

RAZA: Hispano Asiatico Negro Blanco Nativo Americano Isla Pacifico Otro

ETNICIDAD: Hispano O Latino No Hispano O Latino

SEGURO DE SALUD Y FUENTE: SI NO
 Medicaid Con Trabajo Privada Medicare
 CHIP PCN

TIPO DE FAMILIA: (Escoge Uno)
 Soltero Soltera Madre Soltero Padre Casado (Con Niños)
 Casado (Sin Niños) Soltero Con Companero
 Adultos Múltiples (Que Viven Con Niños) Otro
 Adultos Múltiples (Que Viven Sin Niños) Abuelos (Con Sus Nietos)

¿ALGUNA PERSONA EN CASA TIENE?
 CUPONES DE ALIMENTOS SI NO
 WIC: SI NO

 APELLIDO NOMBRE INICIAL

 DIRECCIÓN (Calle) CAJA DEL CORREO

 CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

 CÓDIGO DE ÁREA TELÉFONO(casa) CELULAR #

ARREGLOS DE VIVIENDA: Propio Renta \$ _____
 Renta Con Ayuda Sin Hogar Con Amigos / Familiares
 Noticia de Desalojo

EDUCACIÓN: Graduado de la Secundaria GED 9 o menos
 10 11 12 12+ (Post Secundaria) Algo de la Universidad
 Grado Asociado Licenciatura de la Universidad

EMPLEO: Desempleado A Tiempo Completo
 Parte - Tiempo Estacional

Fuentes De Ingresos Adicionales: \$ _____
 TANF/FEP SSI/SSDI Seguridad Social Pensión
 Soporte de Menores (Ninos) Asistencia General
 Pensión Alimenticia Subvención / Ayuda Financiera Otro

~ En Esta Sección, Por Favor Da Información Sobre Otros Miembros Del Hogar ~

 APELLIDO NOMBRE INICIAL

RELACIÓN AL SOLICITANTE: ESPOSO COMPANERO
 HIJO HIJA HERMANO HERMANA TÍA TÍO
 ABUELO SOBRINO SOBRINA NIETO CUNADO
 PADRE MADRE PADRE CON CUSTODIA
 HIJASTRO NIÑO ADOPTADO OTRO

EDUCACIÓN: Graduado de la Secundaria GED 9 o menos
 10 11 12 12+ (Post Secundaria) Algo de la Universidad
 Grado Asociado Licenciatura de la Universidad

EMPLEO: Desempleado Tiempo Completo
 Parte - Tiempo Estacional

Fuentes De Ingresos Adicionales: \$ _____
 TANF/FEP SSI/SSDI Seguridad Social Pensión
 Soporte a Menores (Ninos) Asistencia General
 Pensión Alimenticia Subvención / Ayuda Financiera Otro

NUMERO de SEGURO SOCIAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____
 MES DIA AÑO

E-MAIL: _____

SEXO: HOMBRE MUJER

DISCAPACIDAD: SI NO

RAZA: Asiatico Negro Hispano Nativo Americano
 Isla Pacifica Blanco Otro

ETHNICIDAD: Hispano O Latino No Hispano O Latino

SEGURO DE SALUD Y FUENTE SI NO
 Con Trabajo Privado Medicaid Medicare
 CHIP PCN

En esta sección, por favor incluya todos los miembros adicionales de la familia

APELLIDO NOMBRE INICIAL

No. de SEGURO SOCIAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: MES / DIA / AÑO

RELACIÓN: HIJO HIJA HERMANO
 HERMANA TÍA TÍO ABUELOS SOBRINO
 SOBRINA
 NIETO PADRE MADRE HIJASTRO OTRO

SEXO DISCAPACIDAD
 HOMBRE NO SI
 MUJER SI

RAZA: ASIATICO NEGRO HISPANO BLANCO
 NATIVO AMERICANO ISLA PACIFICA OTRO

ETNICIDAD: Hispano O Latino No Hispano O Latino

EDUCATION: 0-3 años Pre-escolar
 Jardín de la Infancia Joven 1-6 Grado 9 o menos
 10 11 12 GED Graduado de la Secundaria
 12+ (Post Secundaria) Algo de la Universidad
 Grado Asociado Licenciatura de la Universidad

INGRESOS: \$ _____
 Desempleado Semanal Bimestral
 Mensual Anual / Estacional

SEGURO DE ENFERMEDAD: SI NO
 FUENTE: CON TRABAJO PRIVADO PCN
 MEDICAID MEDICARE CHIP PCN

APELLIDO NOMBRE INICIAL

No. de SEGURO SOCIAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: MES / DIA / AÑO

RELACIÓN: HIJO HIJA HERMANO HERMANA
 TÍA TÍO ABUELOS SOBRINO SOBRINA
 NIETO PADRE MADRE HIJASTRO OTRO

SEXO DISCAPACIDAD
 HOMBRE NO SI
 MUJER SI

RAZA: ASIATICO NEGRO HISPANO
 BLANCO
 NATIVO AMERICANO ISLA PACIFICA OTRO

ETNICIDAD: Hispano O Latino No Hispano O Latino

EDUCATION: 0-3 años Pre-escolar
 Jardín de la Infancia Joven 1-6 Grado 9 o menos
 10 11 12 GED Graduado de la Secundaria
 12+ (Post Secundaria) Algo de la Universidad
 Grado Asociado Licenciatura de la Universidad

INGRESOS: \$ _____
 Desempleado Semanal Bimestral
 Mensual Anual / Estacional

SEGURO DE ENFERMEDAD: SI NO
 FUENTE: CON TRABAJO PRIVADO PCN
 MEDICAID MEDICARE CHIP PCN

APELLIDO NOMBRE INICIAL

No. de SEGURO SOCIAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: MES / DIA / AÑO

RELACIÓN: HIJO HIJA HERMANO
 HERMANA TÍA TÍO ABUELOS SOBRINO
 SOBRINA
 NIETO PADRE MADRE HIJASTRO OTRO

SEXO DISCAPACIDAD
 HOMBRE NO SI
 MUJER SI

RAZA: ASIATICO NEGRO HISPANO
 BLANCO
 NATIVO AMERICANO PACIFIC ISLANDER OTRO

ETNICIDAD: Hispano O Latino No Hispano O Latino

EDUCATION: 0-3 años Pre-escolar
 Jardín de la Infancia Joven 1-6 Grado 9 o menos
 10 11 12 GED Graduado de la Secundaria
 12+ (Post Secundaria) Algo de la Universidad
 Grado Asociado Licenciatura de la Universidad

INGRESOS: \$ _____
 Desempleado Semanal Bimestral
 Mensual Anual / Estacional

SEGURO DE ENFERMEDAD: SI NO
 FUENTE: CON TRABAJO PRIVADO PCN
 MEDICAID MEDICARE CHIP PCN

"Yo, _____, doy la Asociación de Acción de la Comunidad de los Cinco Condados consentimiento para divulgar, obtener y compartir toda la pertinente identificación y la información no confidencial sociales, médicos, y otros acerca de mí mismo que me permite beneficiarse de los servicios ofrecidos. En la concesión de dicho permiso, entiendo que dicha información será confidencial y que dicha información sólo será utilizada para mi propio beneficio o en beneficio de otros miembros de mi familia."
Las declaraciones hechas por mí en este aplicación de consentimiento son verdaderas, correctas y completas al mejor de mi conocimiento.

Firma del Cliente:

Fecha:

Firma del empleado:



Asociación de Gobiernos de la Cuenca de Uintah
Despensa de comida

Las despensas de alimentos de la cuenca de Uintah le permiten al cliente recibir una caja de comida cada mes. También se le permiten dos cajas de emergencia al año (dentro de los 12 meses). _____ Inicial

Para configurar un archivo, debe proporcionar una identificación con foto (puede expirar) para todos los miembros adultos que viven en su hogar, comprobante de todos los ingresos de los últimos 30 días, incluidos; manutención de los hijos, seguridad social, dividendos, asistencia estatal, etc. cualquier dinero que haya recibido durante los últimos 30 días. _____ Inicial

Cuando vaya a recoger su caja, por favor traiga bolsas o cajas para colocar su comida, ya que la despensa no siempre tiene algo para poner su comida. Traiga a un amigo o familiar para que lo ayude a llevar artículos a su automóvil, si No puede hacerlo usted mismo. _____ Inicial

Cualquier cliente que sea grosero, beligerante o inapropiado de alguna manera se le pedirá que se vaya y se le pueden negar los servicios. _____ Inicial

Firmado: _____ Fecha: _____

Acuerdo "ilimitado" / estantes delanteros

Yo _____ Entiendo que los estantes delanteros y los artículos ilimitados son un privilegio. Estoy de acuerdo en leer y seguir las señales que indican cuánto se me permite tomar. Para los artículos que son "ilimitados", tenga en cuenta que la despensa de alimentos quiere que tenga lo que necesita y usará, sin embargo, recuerde dejar algo para la próxima persona.

Firmado: _____ Fecha: _____

Somos una agencia de igualdad de oportunidades. Todas las adaptaciones, incluidos los servicios y ayudas auxiliares, están disponibles a pedido para personas con discapacidades llamando al (435) 722-4518 al menos 3 días antes de su cita. Las personas con impedimentos auditivos o del habla pueden llamar a Relay Utah llamando al 711, y / o Spanish Relay Utah: 1-888-346-3162 para obtener ayuda.

Departamento de Servicios Comunitarios

Sección A	Apellido Legal	Primer	Inciale	Fecha de Nacimiento	Sec. Social # (opcional)
	Otros nombres utilizados por el cliente / Sociliante			Número de teléfono	

Al firmar este formulario, autorizo al siguiente poseedor del registro (individuo, escuela, empleador, agencia, medico u otro proveedor) a revelar la siguiente información confidencial especifica sobre mi:

Sección B	Liberación de la:	Información Especifica Para Ser	Mutua Revelada Intercambiar: Si/No
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Departamento de Servicios de la Fuerza Laboral <input type="radio"/> Consejería del Noreste <input type="radio"/> Refugio de punto de inflexión <input type="radio"/> Otro: _____ <input type="radio"/> Otro: _____ <input type="radio"/> Otro: _____ 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ingresos y Fuente de ingresos <input type="radio"/> Números de Seguridad Social <input type="radio"/> Información sobre asistencia previa <input type="radio"/> Imagen I.D. <input type="radio"/> Cuentas corrientes/ de ahorro 	

Sección C	Liberación a (dirección requerida si se envía por correo) Si se lanza a un equipo, enumere los miembros	Propósito	Fecha de vencimiento o evento					
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>Uintah Basin Association of Governments</td></tr> <tr><td>330 East 100 South</td></tr> <tr><td>Roosevelt, Utah 84066</td></tr> <tr><td>Atención:</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>	Uintah Basin Association of Governments	330 East 100 South	Roosevelt, Utah 84066	Atención:			Obteniendo asistencia a través de esta agencia.
Uintah Basin Association of Governments								
330 East 100 South								
Roosevelt, Utah 84066								
Atención:								

Puedo cancelar esta autorización sobre mi que ya se haya divulgado. Entiendo que las leyes estatales y federales protegen la información sobre mi caso. Entiendo lo que significa este acuerdo y apruebo las divulgaciones enumeradas. Estoy firmando esta autorización por mi propia voluntad.

Entiendo que la información utilizada y divulgada como se indicia en esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación ya que ya no está protegida por la ley federal o estatal. Sin embargo, también entiendo que las leyes federales o estatales pueden restringir la revelación de información sobre el diagnóstico, el tratamiento o la información de derivación de VIH/SIDA, salud mental y drogas/alcohol.

Sección D	Pierna complete firma legal completa del representante individual o legal	Relación con el Cliente	Fecha
	Nombre del Representante Legal (letra impresa) Name of Legal Representative (print)		Fecha

***La autorización es válida para _____ desde la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario.**

Firma del administrador de casos	Fecha
---	--------------

LA ASOCIACIÓN DE GOBIERNOS DE LA CUENCA DE UINTAH
CÓDIGO DE ÉTICA DEL CLIENTE DE SERVICIOS COMUNITARIOS

La misión principal del programa de Servicios Comunitarios de la Asociación de Gobiernos de la Cuenca de Uintah es proporcionar refugio, servicios públicos, servicios médicos, matrícula y otros servicios de emergencia a clientes elegibles de bajos ingresos que necesiten ayudarlos a ser más autosuficientes. "Clientes" se utiliza de manera inclusiva para referirse a individuos y aquellos que solicitan servicios. El Departamento de Servicios Comunitarios de la Asociación de Gobiernos de la Cuenca de Uintah proporcionará a los clientes información precisa y completa sobre el alcance y la naturaleza de los servicios actuales disponibles para ellos.

El Departamento de Servicios Comunitarios de la Asociación de Gobiernos de la Cuenca de Uintah respetará y protegerá la privacidad adecuada de los registros y la información sobre los clientes y no divulgará dicha información a personal no autorizado ni la utilizará para fines personales sin el consentimiento por escrito del cliente a menos que exista la autorización y razones legales o profesionales convincentes.

Serán responsables por el mal comportamiento personal inapropiado de su parte y la del Departamento de Servicios Comunitarios de la Asociación de Gobiernos de la Cuenca de Uintah y el personal se reserva el derecho de instituir las consecuencias de tal comportamiento.

La Asociación de Gobiernos de la Cuenca de Uintah considera todas las solicitudes sin distinción de raza, color, sexo, edad u origen nacional. Si tiene alguna pregunta, inquietud o queja sobre sus servicios, puede llamar al Director del Programa de la Asociación de Gobiernos de la Cuenca de Uintah.

Procedimientos de queja:

UBAOG busca proporcionar un procedimiento justo y objetivo para manejar las quejas de los clientes. Los clientes que sienten que tienen una queja tienen derecho a buscar alivio sin temor a restricciones, represalias, interferencia, coerción o discriminación.

Una "queja" es una queja de un cliente con respecto a la interpretación de la política, los procedimientos y / o las condiciones de tratamiento personal que no se han resuelto satisfactoriamente de manera informal entre el cliente y la parte infractora. Las quejas de los clientes deben abordarse de la siguiente manera: a.) Verbales o escritas con el Director del Programa; b.) si no se resuelve, envíe una carta por escrito al Director Ejecutivo.

He leído y entiendo el Código de Ética del Cliente para el proceso de solicitud de Servicios Comunitarios de la Asociación de Gobiernos de la Cuenca de Uintah y acepto cumplir.

Firma del cliente

Fecha