

Esta solicitud es SOLO para clientes que NO reciben o no son elegibles para USDA/TEFAP.



# GOLDEN HARVEST FOOD BANK

## Aplicación general de alimentos de GA 2024-2025

Nombre		Fecha de nacimiento
Dirección de la calle		Condado
Ciudad, estado		Código postal
Dirección de correo electrónico		Número de teléfono
Número en el hogar	Número superior a 60	Número de hijos (17 años o menos)

<b>Representantes Autorizados (Opcional)</b>	
Por la presente autorizo _____ (Por favor, imprima) para recoger para mi hogar.	
_____ Firma	_____ Fecha

Certifico que mi información anterior es correcta y está actualizada. No responsabilizaré a la agencia distribuidora por ningún producto que haya recibido.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

