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 SC 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)

Representantes Autorizados (Opcional)

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:_____

El registro de la despensa de alimentos debe mantenerse durante un mínimo de 3 años y debe estar disponible para su revisión en la visita de monitoreo. De acuerdo con Golden Harvest Food Bank, este programa de alimentos tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad, identidad de género, religión, represalias, creencias políticas, estado civil, estado familiar o parental, orientación sexual, o si la totalidad o parte de los ingresos de una persona se derivan de cualquier programa de asistencia pública, o información genérica protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. Para presentar una queja por discriminación: Community Partnerships Manager, 3310 Commerce Drive, Augusta, Georgia 30909 o llame al 706-736-1199.

Gracias por visitar la agencia asociada de Golden Harvest Food Bank. Juntos, con su despensa de alimentos local, estamos orgullosos de complementar sus necesidades nutricionales sin cargo, donación u obligación de servicios voluntarios.

Los solicitantes o representantes autorizados deben firmar cada vez que se reciben alimentos.

Fecha de entrega	Firma del solicitante	Fecha de entrega	Firma del solicitante