



Información del cliente de WWCM

Información personal

Nombre: _____ Número de personas en el hogar: _____

Dirección física: _____ Apto. #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Dirección postal (si no es la misma): _____

Teléfono de casa #: _____ Celular #: _____ Correo electrónico: _____

Género: _____ Nacionalidad/Raza: _____ Fecha de Nacimiento.: _____

Estado Civil: _____ Educación Recibida: _____ Idioma preferido: _____

¿Es usted discapacitado?: _____ ¿Recibe algún beneficios por discapacidad?: _____

¿Algún servicio militar?: _____

Información del hogar

Ingresos mensuales de todos los residentes en el hogar: _____ Alquiler o Dueño de casa: _____

Cupones de Alimentos/SNAP/EBT Cantidad: _____

Otras personas que viven en el hogar:

1. Nombre: _____ Relación: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Nacionalidad/raza: _____

Discapacitado: _____ ¿Recibe algún beneficio?: _____ ¿Algún servicio militar: _____

2. Nombre: _____ Relación: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Nacionalidad/raza: _____

Discapacitado: _____ ¿Recibe algún beneficio?: _____ ¿Algún servicio militar: _____



3. Nombre: _____ Relación: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Nacionalidad/raza: _____

Discapacitado: _____ ¿Recibe algún beneficio?: _____ ¿Algún servicio militar: _____

4. Nombre: _____ Relación: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Nacionalidad/raza: _____

Discapacitado: _____ ¿Recibe algún beneficio?: _____ ¿Algún servicio militar: _____

5. Nombre: _____ Relación: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Nacionalidad/raza: _____

Discapacitado: _____ ¿Recibe algún beneficio?: _____ ¿Algún servicio militar: _____

Información de contacto de emergencia

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono #: _____

Otro

¿Cómo te enteraste de WWCM?: _____

Comunicación preferida (teléfono, correo electrónico, mensaje de texto): _____

Aviso al solicitante

Al firmar este formulario, doy permiso a WWCM para ponerse en contacto con cualquier parte que WWCM considere necesaria para tomar una decisión responsable con respecto a mi solicitud. WWCM hará todo lo posible para mantener su privacidad. Entiendo que WWCM no puede garantizar una confidencialidad completa, principalmente debido a la gran cantidad de voluntarios y visitantes dentro de la agencia. Mi firma debajo de este formulario indica que toda la información que he proporcionado a WWCM es veraz a mi leal saber y entender. Entiendo que si he dado información falsa o no he revelado completamente mis circunstancias, es posible que no pueda recibir asistencia actual o futura de WWCM.



Reglas y regulaciones para la despensa de alimentos:

1. Nuestra área de servicio consta de Apex, Fuquay-Varina, Holly Springs, Willow Spring, Friendship y New Hill.
2. DEBE traer una identificación con foto Y una copia de la factura de servicios públicos de su hogar o estado de cuenta de arrendamiento / hipoteca **a cada visita**.
3. Puede visitar la despensa **una vez** cada **30 días**.
4. Si tiene una cita de compras en persona, irá a la despensa con un voluntario de WWCM para hacer sus selecciones. El voluntario le indicará el número de artículos que puede elegir de cada categoría. El número de artículos puede variar en función de la disponibilidad.
5. Solo 1 persona del hogar puede comprar en la despensa.
6. Las citas de compras en persona están limitadas a 20 minutos.
7. Debido a las limitaciones de tiempo, si llega 15 minutos o más tarde a su cita en persona, se cancelará y le proporcionaremos comestibles en la acera.
8. Si no puede asistir a su cita, llame lo antes posible. A las personas que no se presenten y no llamen se les entregarán comestibles en la acera en la próxima visita.
9. Por favor, no use un teléfono celular mientras compra.
10. Si no tiene una cita, le proporcionaremos comestibles en la acera.

He leído y entiendo las Reglas y Regulaciones de la Despensa de Alimentos del Ministerio de Crisis de Western Wake.

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____