

The Food Bank of Western Massachusetts

Brown Bag: Food for Elders Registration Form

Please print. All applicants must meet age and income requirements. Verification may be requested. Only one bag allowed per household.

Complete this form and mail it to:
The Food Bank of Western MA
ATTN: Brown Bag
PO Box 160
Hatfield, MA 01038

Head-of-Household Information.

Name <i>Required</i>		Year of Birth <i>Required</i>	Address <i>Required – all applicants MUST live in Berkshire, Franklin, Hampden, or Hampshire County in MA.</i>	
First:		Year:	Street Address:	Apt #:
Middle:		If you are Under 55, do you receive SSDI (Social Security Disability Income)? ☐ Yes ☐ No ☐ Applied, awaiting approval	City:	ZIP:
Last:			Mailing Address (if different) Address, City, ZIP:	
Phone <i>Required</i>				
() - -				
Income <i>Required</i>		Government Benefits <i>Required</i>	<i>Optional Information</i>	
Income: _____ ☐ Weekly ☐ Bi-weekly ☐ Monthly ☐ Quarterly ☐ Annual Above Income is from: ☐ Social Security ☐ Social Security Disability Income (SSDI) ☐ Pension/Retirement ☐ Employment ☐ IRA/401b Retirement Fund ☐ Other: _____		☐ Medicaid (MassHealth) ☐ SNAP ☐ Veteran's Assistance ☐ WIC ☐ SSI (Supplemental Security Income) ☐ Fuel Assistance ☐ TAFDC ☐ Head Start ☐ Other:	<i>The following information is 100% optional. It will not impact your program eligibility in any way, but helps us analyze our program so we can serve you better.</i> Gender: _____ Race/Ethnicity: _____ Language Preference: _____ Employment Status: _____ Highest educational level attained: _____ Are you Homeless? _____ Are you a veteran? _____ Are you a refugee? _____ Are you disabled? _____ Marital Status: _____	
Email Address <i>Optional</i>		At which site would you like to pick up your Brown Bag? <i>Required</i>		
Would you like someone from The Food Bank to contact you about SNAP enrollment? ☐ Yes ☐ No		Delivery/Satellite Site <i>Optional – pre-authorization may be required.</i>		

Household Members' Information (Please use the back of form if more space is needed. Please include all information requested below.)

Name <i>Required</i>	Year of Birth <i>Required</i>	Monthly Income <i>Required</i>	Gender <i>Optional</i>	Race/Ethnicity <i>Optional</i>	Name <i>Required</i>	Year of Birth <i>Required</i>	Monthly Income <i>Required</i>	Gender <i>Optional</i>	Race/Ethnicity <i>Optional</i>

By my signature below, I certify that all of the information listed on all sides of this form is true and correct.

Signature _____ **Date** _____

Date Application Received:	Date entered into Oasis:	Staff initials:	Notes:
Accepted? ☐ NO ☐ YES	Date letter sent:	Site:	

This institution is an equal opportunity provider and employer. If you wish to file a Civil Rights program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, found online at http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, or at any USDA office, or call (866) 632-9992 to request the form. You may also write a letter containing all of the information requested in the form. Send your completed complaint form or letter to us by mail at U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, by fax (202) 690-7442 or email at program.intake@usda.gov.

The Food Bank of Western Massachusetts

Brown Bag: Food for Elders Formulario de Admisión

Complete este formulario y envíelo por correo a:

The Food Bank of Western MA
ATTN: Brown Bag
PO Box 160
Hatfield, MA 01038

Por favor imprima. Todos los solicitantes deben cumplir con los requisitos de edad y de ingresos.
La verificación puede ser solicitada. Sólo una bolsa permitido por hogar.

Jefe-de-Hogar Información.

Nombre <i>Requerido</i>	Año de Nacimiento <i>Requerido</i>	Dirección <i>Requerido</i>	
Primer:	Año:	Calle:	Apt. #:
Segundo:	Si usted es menor de 55 años, recibe usted SSDI (Seguro Social por Incapacidad Ingresos)? ☐ Sí ☐ No ☐ Aplicada, pendientes de aprobación	Ciudad:	Código Postal:
Apellido:		Dirección de envío (si es diferente) Calle, Ciudad, Código Postal:	
Teléfono <i>Requerido</i> () -			

Ingreso <i>Requerido</i>	Beneficios de Gobierno <i>Requerido</i>	Información <i>Opcional</i>
Cantidad (Jefe de la familia): _____ ☐ Semenal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Anual Ingreso es de: ☐ Seguro Social ☐ SSDI (Ingresos de Incapacidad del Seguro Social) ☐ Pensión/Jubilación ☐ Empleo ☐ Cuenta Individual de Retiro/Fondo de Jubilación ☐ Otro: _____	☐ Medicaid (MassHealth) ☐ SNAP ☐ Asistencia Veterana ☐ WIC ☐ SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario) ☐ Asistencia Combustible ☐ TAFDC ☐ Head Start ☐ Otro: _____	<i>La siguiente información es 100% opcional. No va a afectar su elegibilidad para el programa de ninguna manera, pero nos ayuda a analizar nuestro programa para que podamos servir mejor.</i> Sexo: _____ Raza/Origen étnico: _____ Preferencia de Idioma: _____ Situación de empleo: _____ Más alto nivel de educación: _____ ¿Estás sin hogar? _____ ¿Es usted un veterano? _____ ¿Eres un refugiado? _____ ¿Estás incapacitado? _____ Estado Civil: _____
Dirección de correo electrónico <i>Opcional</i>	En el sitio que le gustaría recoger su bolsa? <i>Requerido</i>	
¿Le gustaría que alguien del Food Bank lo contacte para inscribirse en SNAP? ☐ Sí ☐ No		
Entrega/Satélite Sitio <i>Opcional – autorización puede ser necesaria.</i>		

Datos de los miembros del hogar (Por favor, use la parte posterior del formulario si necesita más espacio. Por favor, incluya toda la información solicitada por debajo.)

Nombre <i>Requerido</i>	Año de Nacimiento <i>Requerido</i>	Ingresos Mensuales <i>Requerido</i>	Sexo <i>Opcional</i>	Raza/Origen Étnico <i>Opcional</i>	Nombre <i>Requerido</i>	Año de Nacimiento <i>Requerido</i>	Ingresos Mensuales <i>Requerido</i>	Sexo <i>Opcional</i>	Raza/Origen Étnico <i>Opcional</i>

Con mi firma a continuación, certifico que toda la información que aparece en todos los lados de este formulario son verdaderas y correctas

Firma _____ **Fecha** _____

Date Application Received:	Date entered into Oasis:	Staff Initials:	Notes:
Accepted? ☐ NO ☐ YES	Date letter sent:	Site:	

Esta institución es un proveedor con igualdad de oportunidades. Si desea presentar una queja programa de derechos civiles de la discriminación, completar el Formulario de Queja USDA Programa de discriminación, que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al 866 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta que contiene toda la información requerida en el formulario. Envíe su formulario de queja o una carta a nosotros por correo en el Departamento de Agricultura, Director, Office of Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410, Estados Unidos, por fax (202) 690 hasta 7442 o al correo electrónico program.intake@usda.gov.