

Food For Free
11 Inman Street
Cambridge, MA 02139
Phone 617-868-2900 Fax 617-868-2395
www.foodforfree.org

CÓMO APPLICAR:

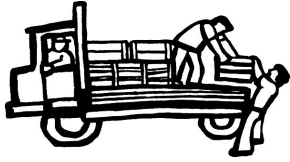
Devuelva los siguientes documentos a:

Food For Free
11 Inman Street
Cambridge, MA 02139

1. Esta solicitud completa y firmada **con un número de teléfono con que podemos comunicarnos.**
2. Una referencia escrita (**en Inglés**) de un prestador de servicios médicos (un médico, una enfermera, médico asociado, etc.) EN LA MATERIAL DE ESTE PRESTADOR. La referencia debe indicar: “Debido a impedimentos físicos o de otro tipo, (*su nombre*) no puede usar un Food Pantry (Dispensas de alimentos) existente.” Se necesita incluir en la referencia una explicación apropiada de los impedimento(s), el nombre de la persona de contacto y el número del teléfono del prestador. Mire/utilice la plantilla de la referencia (en Inglés) que es incluida en este paquete. (*Confirmamos todas las referencias con el prestador de servicios médicos.*)

Si usted tiene alguna pregunta, póngase en contacto con:

Operations Director
Food For Free Committee, Inc.
617-868-2900, ext. 326
operations@foodforfree.org



FOOD FOR FREE

Cambridge Home Delivery Program

¿QUÉ HACEMOS?

Dos veces al mes, repartimos *una caja* de comestibles, que incluye:

- Comida fresca como: plátanos, naranjas, col rizada, cebollas, papas, calabaza...
- Una variedad de productos no perecederos como: maní, atún enlatado, frijoles, cereal, pasta, sopa enlatada...

¿A QUIÉN SERVIMOS?

Les servimos a residentes de CAMBRIDGE que:

- **Viven solos.**
- Ganan menos de \$34,350 cada año.
- Tienen dificultades en visitar Food Pantries (Dispensas de alimentos) en Cambridge, porque tienen una discapacidad o deficiencia médica

¿CÓMO FUNCIONA EL PROGRAMA?

- Repartimos las cajas de comestibles el segundo sábado o domingo y el cuarto sábado o domingo de cada mes (dos veces cada mes).
- Damos a cada cliente nuevo una lista de las fechas de entrega del año. Es la responsabilidad del cliente informar al coordinador de Home Delivery si no van a estar en casa para una entrega.
- **CLIENTES NECESITAN ESTAR EN CASA PARA RECIBIR Y FIRMAR PARA LAS ENTREGAS. NO PODEMOS REPROGRAMAR SU ENTREGA.**



Food For Free Committee --- Solicitud de Home Delivery



Nuestra agencia recibe el financiamiento de Community Development Block Grant (CDBG) del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD). Ellos mandan que obtengamos la información siguiente. Esta información se recoge con fines estadísticos. Si Usted tenga preguntas, nuestro personal estará encantado de ayudarle.

(Imprima, por favor)

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____

DIRECCIÓN: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

1a. NÚMERO DE MIEMBROS EN SU HOGAR: _____

1b. NÚMERO DE NIÑOS MENORES DE 18 EN SU HOGAR: _____

2. Por favor, indique la categoría del ingreso anual bruto combinado de su hogar:

# DE MIEMBROS DEL HOGAR	DE BAJOS INGRESOS	DE INGRESOS BAJOS A MODERADOS	SOBRE DE MODERADO
1-miembro	Menos de \$34,350 _____	\$34,350-\$51,500 _____	\$51,500+ _____
2-miembros	Menos de \$39,250 _____	\$39,250-\$58,450 _____	\$58,450+ _____
3-miembros	Menos de \$44,150 _____	\$44,150-\$65,750 _____	\$65,750+ _____

3. Para recibir los fondos del programa Emergency Food Assistance Program (TEFAP) de USDA, estamos obligados a obtener los datos siguientes. Por favor, marque la caja debajo si Ud. cumpla los requisitos en la categoría de Ingresos Anuales, y/o si Ud. reciba uno de los servicios siguientes:

Ingresos Anuales menos de \$22,311	Supplemental Security Income (SSI)	Fuel Assistance (asistencia de combustible)	SNA P	AFD C	Veteran's Aid	WI C	Welfare	Medicaid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. RAZA/ETNICIDAD – cada cliente necesita completar las cajas de la “Etnicidad y la “Raza”:

SU ETNICIDAD (por favor marque uno): _____ *Hispánico o Latino* _____ *No Hispánico o Latino*

RAZA (por favor elija sólo uno):

____ nativo del América del norte o de Alaska	____ afroamericano
____ nativo del América del norte /Alaska y afroamericano	____ afroamericano y de raza blanca
____ nativo del América del norte /Alaska y de raza blanca	____ hawaiano o native de Polinesia
____ asiático	____ de raza blanca
____ asiático y de raza blanca	____ Otro/Multiracial (no mencionado anteriormente)

5. IDIOMA PRINCIPAL: _____

6. MISCELÁNEO (marque todo que aplica): _____ *Mujer cabeza de familia/hogar* _____ *62 años de edad o más*
_____ *Persona con discapacidades*

Yo certifico que la información que yo he escrito en esta solicitud es la verdad y es correcto a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del cliente

Fecha

2016

To whom it may concern:

Due to physical or other impairments, _____ is unable to use
patient name
an existing Food Pantry. These impairments include the following:

I, the undersigned, request that this patient receive delivery of food twice monthly as part of the Food For Free Home Delivery program.

Sincerely,



This letter must be printed on the health care provider's stationary and returned to Food For Free, 11 Inman St., Cambridge, MA 02139. Q

Fax: 617-868-2395 Email: homedelivery@foodforfree.org

If you have any questions, please call the Home Delivery Coordinator: 617-868-2900, ext. 326.