



**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 \$34,250 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 \$34,250 _____	\$34,250-\$45,500 _____	\$45,500+ _____
2-miembros	Menos de \$39,150 _____	\$39,150-\$52,000 _____	\$52,000+ _____
3-miembros	Menos de \$44,050 _____	\$44,050-\$58,500 _____	\$58,500+ _____

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 \$21,257	Supplemental Security Income (SSI)	Fuel Assistance (asistencia de combustible)	SNAP	AFDC	Veteran's Aid	WIC	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):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nativo del América del norte o de Alaska              | <input type="checkbox"/> afroamericano                                  |
| <input type="checkbox"/> nativo del América del norte /Alaska y afroamericano  | <input type="checkbox"/> afroamericano y de raza blanca                 |
| <input type="checkbox"/> nativo del América del norte /Alaska y de raza blanca | <input type="checkbox"/> hawaiano o native de Polinesia                 |
| <input type="checkbox"/> asiático  | <input type="checkbox"/> de raza blanca                                 |
| <input type="checkbox"/> asiático y de raza blanca                             | <input type="checkbox"/> 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

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,

