

FORMULARIO DE PODER- Representate



Nombre de cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Ethnicidad: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ CP/Zip: _____

Teléfono: _____ Ingresos mensuales del hogar: _____

Asistencia Pública Recibida: CSFP SNAP LEAP TANF OAP AND AB SSI

Miembros del Hogar:

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el cliente principal

Por favor enumere cualquier miembro adicional en la página opuesta.

Programa: TEFAP EverGreen Box (CSFP) Despensa Móvil

Yo declaro a _____ y _____ para
Nombre de representante Nombre de representante secundario (opcional)
 servir como mi representante para llenar y firmar documentos, proporcionar
 requisitos de elegibilidad, y recoger mi comida del programa: _____.
Nombre de programa

Al firmar este formulario usted está de acuerdo que su nombre y datos entren a nuestro sistema en línea Link2Feed. Su información puede ser vista por asociados de Food Bank of the Rockies para poder mejor servir nuestra comunidad.

Puede crear su propio perfil con Link2Feed visitando <http://newclient.link2feed.com/> o escanear el código QR. Tiene un número de cliente en Link2Feed? No es necesario registrarse.



Indique el número de cliente aquí (si corresponde): _____

Respectamos la privacidad de sus datos. Si desea que sus datos sean borrados por favor comuníquese por correo electrónico a: L2F@foodbankrockies.org.

Firma de cliente: _____ Fecha: _____

Firma de representante: _____ Fecha: _____

Firma de representante secundario: _____ Fecha: _____

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Last update: 4/9/2021

Completado por Agencia

Check all that apply:

- New Client (Client application must be attached)
- Renewal
- Mobile Pantry

Renewal Period**: _____ To: _____
Today's Date (month/year) 1 year from today's date (month/year)

Link2Feed Client ID Number: _____ Has Proxy been indicated on Link2Feed? **Y / N**

****MP clients must designate a proxy for each distribution, no exceptions****