

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 server 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. Para aprender más sobre seguridad de datos de Link2Feed, visita: <http://bit.ly/DataPromise>
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: 4/4/2023

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o represalia por actividad anterior de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el Centro TARGET del USDA al (202) 720- 2600 (voz y TTY) o comuníquese con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el Demandante debe completar un Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: [https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR %20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf), desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria del denunciante con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completado debe enviarse al USDA antes de:

1. correo:

U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; o

2. fax:

(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

3. correo electrónico:

program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

<i>Completado por Agencia</i>	
Check all that apply:	
<input type="checkbox"/>	New Client (Client application must be attached)
<input type="checkbox"/>	Renewal
<input type="checkbox"/>	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	