



**Hanover Township**  
**Brian P. McGuire, Director/Township Supervisor**  
**2020 FORMULARIO FAMILIAR**

**OFFICE USE:**

FPN: \_\_\_\_\_

Total # of household members: \_\_\_\_\_

Incomplete data sheet

Home Delivery

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

***Bienvenidos a la Despensa de Comida del Hanover Township. Estamos aquí para ayudarlos.***  
***Por favor use letra de molde para llenar este formulario. Gracias.***

**Nombre de Adulto (18 años o más) que recogerá la comida:** \_\_\_\_\_

**Nombre & Apellido**

Núm. Licencia/estatal: \_\_\_\_\_ Núm. de matrícula: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
 Dirección de calle                      #Apt.                      Ciudad                      Código postal

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ **(Solo para uso del municipio)**

Teléfono: \_\_\_\_\_

**\*Por favor escriba los nombres de todos los miembros de casa que viven en su casa incluyendo a usted\***

Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	Nacionalidad	Edad	Hombre/Mujer
	YO MISMO				

***Para servirlos mejor, por favor conteste las siguientes preguntas para coleccionar información.***

¿Recibe beneficios de LINK/SNAP ? Si  No

¿Es un Veterano de Guerra? Si  No  Si es, ¿Cuál fue su rama de servicio? \_\_\_\_\_

¿Hay alguien en su casa que está embarazada? Si  No

¿Cuántos niños viven en su casa de **5 años o menos**? \_\_\_\_\_

¿Recibe servicios de W.I.C.? Si  No

¿Cómo usted ha encontrado a nuestro programa? Correo Electronico  Folleto  La Red  Familia/Amigo  Otra Manera  \_\_\_\_\_

***Gracias por ayudarnos en determinar los servicios necesarios.***

Declaración del Solicitante: Certifico que la información que he proporcionado arriba es completa y precisa. Autorizo que esta agencia verifique la información contenida, permito que contacten a agencias sobre mi aplicación y que puedan pedir más información, y también compartir información contenida en mi aplicación. Yo entiendo que al llenar esta aplicación no garantiza que mi hogar recibirá asistencia.

**Tarjetas de despensa de comida o formularios incompletos se guardaran sólo por 60 días.**  
**Después de 60 días, debe ser llenada otra vez.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY: In Township**  **Utility Bill**  **Valid ID**  **Issued Card**

**Missing: ID**  **Utility**  **Out of Township**  **Employee initials:** \_\_\_\_\_