

LONG ISLAND CARES, INC.
THE HARRY CHAPIN FOOD BANK
FIRST STOP PANTRY
10 DAVIDS DRIVE
HAUPPAUGE, NY 11788

SITE NAME: _____
SITE LOCATION: _____

**UNIVERSAL ENTITLEMENT FORM
(USDA TEFAP Commodities)**

Food Pantry Clients Only

El solicitante tiene que completar:

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ NY, CÓDIGO POSTAL: _____

Elegible a causa de (por favor indique uno):

_____ estar recibiendo ayuda pública

_____ elegible por beneficios privados o beneficios de desempleo del gobierno

_____ elegible por Ingreso Suplemental de Seguridad

_____ elegible para participar en el programa "Asistencia de Energia del Hogar"

_____ la familia o individuo es conocido por el lugar de distribución y es reconocido como necesitado y _____ que podrían beneficiarse por la distribución de comida

_____ está destituido – sin casa ni hogar y está dispuesto a consumir la alimentación en un lugar central

Yo, el suscrito, verifico que estoy en necesidad de la alimentación y cumplo con los requisitos para participar en el programa *USDA TEFAP Commodities Program*.

FIRMAR _____ Fecha: _____

El representante del lugar de distribución verifica que el recipiente nombrado arriba está en necesidad y beneficiaria de la alimentación disponible.

FIRMA DEL REPRESENTANTE