



SENIOR FOOD PROGRAM APPLICATION

Site: _____

SFP#: _____

Please print, and answer all questions. (APPLICATION MUST BE FILLED OUT COMPLETELY)

NAME: _____ TELEPHONE: (____) _____

ADDRESS: _____ APT.# _____ CITY: _____

ZIP _____ SEX: Female _____ Male _____ DATE OF BIRTH: _____

NUMBER OF PEOPLE IN HOUSEHOLD (include yourself and all people living with you): _____

HOUSEHOLD INCOME (total **monthly** income of all adult household members) \$ _____

1. ETHNICITY (check **one**): Hispanic/Latinx _____ Non-Hispanic/Non-Latinx _____
2. RACE (check **only one**):

| | |
|---------------------------------------|----------------------------|
| ____ White | ____ American Indian/White |
| ____ Black/African American | ____ Asian/White |
| ____ Asian | ____ Black/White |
| ____ American Indian/Alaskan Native | ____ American Indian/Black |
| ____ Native Hawaiian/Pacific Islander | ____ Other |

PROGRAM REQUIREMENTS AND POLICIES:

- To qualify, you must be **55 years of age or older, meet income guidelines (below), and live in Contra Costa County or Solano County.** Age and home address must be documented and verified.
- **Monthly Income:** 1-person household \$2,499 or less; 2-person household \$3,376 or less; 3-person household \$4,254 or less; 4-person household \$5,131 or less. Proof of income is not required.
- Food must be picked up on the distribution day, during the distribution time. Food cannot be held.
- If you cannot come to the Senior Food Program site, you must make your own arrangements to have your food picked up.
- Your membership will expire if your food is not picked up for 6 consecutive distributions.
- Please notify your Senior Food Program site coordinator of an extended illness or vacation.
- You may only participate at **ONE** Food Bank of Contra Costa and Solano **Senior Food Program** location. If you are found to be participating in more than one location your **membership can be terminated** at both locations.

THE UNDERSIGNED VERIFIES THAT:

1. I am the **only person** in my household participating in the Senior Food Program.
2. I will apply for program membership and pick up food at **one site only.**
3. All information provided on this application is **true, correct, and complete.**

Signed: _____ Date: _____

Please bring this completed application and proof of age and home address to the Senior Food Program site closest to your home. Questions? Go to www.foodbankccs.org



APLICACIÓN PARA EL PROGRAMA DE COMIDA PARA MAYORES DE EDAD

Sitio: _____

SFP#: _____

Por favor, escriba en letra de molde y conteste todas las preguntas.

NOMBRE: _____ TELÉFONO: (____) _____

DIRECCIÓN: _____ APT.# _____ CIUDAD: _____

CÓDIGO POSTAL _____ SEXO: Femenino _____ Masculino _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

NUMÉRO DE PERSONAS EN EL HOGAR (incluyendose usted y todas las personas que viven con usted): _____

INGRESOS DEL HOGAR (el total de los ingresos mensuales de todos los miembros en el hogar) \$ _____

- 1. INFORMACIÓN ÉTNICA (marque uno): Hispano/Latino _____ No-Hispano/No-Latino _____
2. RAZA (solamente marque uno):
___ Blanco ___ Nativo Americano/Blanco
___ Negro/Africano Americano ___ Asiático/Blanco
___ Asiático ___ Negro/Blanco
___ Nativo Americano/Nativo de Alaska ___ Nativo Americano/Negro
___ Nativo Hawallano/de las Islas del Pacífico ___ Otro

REQUISITOS Y REGLAS DEL PROGRAMA:

- Para calificar, hay que tener 55 años de edad o mas cumplidos, tener informacion de ingresos y vivir en el condado de Contra Costa o Solano. La edad y el domicilio tienen que ser comprobados.
• Requisito de ingresos (mensuales): hogar de una persona \$2,446 o menos; hogar de dos personas \$3,312 o menos; hogar de tres personas \$4,177 o menos; hogar de cuatro personas \$5,025 o menos.
• La comida tiene que ser recogida el día de la distribución, durante las horas de la distribución. No se puede tener comida en espera.
• Usted tiene que buscar la forma de recoger su comida en caso que no pueda venir a la distribución.
• Su nombre será eliminado de la lista si su comida no ha sido recogida en 6 distribuciones continuas.
• Notifique a su coordinador del programa sobre una enfermedad a largo plaso o unas vacaciones.
• Solo puede participar en una sola distribucion para los mayores de 55 del Food Bank of Contra Costa and Solano. Si se encuentra que participa en mas de uno se le podra cancelar su participacion en los dos locales.

AL FIRMAR VERIFICA QUE:

- 1. Yo soy la unica persona en mi hogar participando en el Programa de Comida para Mayores de Edad.
2. Yo aplique para ser miembro del programa y recogere comida solamente en un sitio de distribución.
3. Toda la información proveída en esta aplicación es verdadera, correcta y completa.

Firma: _____ Fecha: _____

Traiga la aplicación a la distribución mas cercana a su casa con sus comprobantes de domicilio y edad.

www.foodbankccs.org