

Marie Wilkinson Food Pantry Registration (MWFP)

Last Name: _____ First Name: _____

Street Address: _____ Apt. #: _____ County: _____

City: _____ Zip: _____ **Do you live within city limits of Aurora?** Yes No

Phone: (_____) _____ (circle one) Home Cell

What is your family status?: Head of Household/Spouse is 62 years or older Head of Household/Spouse is disabled Not applicable

Ethnicity: Hispanic/Latino Not Hispanic/Latino Prefer not to answer **Does your family have a female head of household?** Yes No

Race: White Black/African American Asian American Indian/Alaska Native Native Hawaiian/Other Pacific Islander

Amer. Indian/Alaska Native AND White Asian AND White Black/African American AND White

American Indian/Alaska Native AND Black/African American Other Multi-Racial Prefer not to answer

What is your current monthly household income (including SNAP, SS, SSI, etc.) \$ _____

of people in household _____ List ALL other members of your household including yourself

Name	Relationship	M / F	Birthdate	Age	Veteran	Disabled
	SELF	M / F			Y / N	Y / N
		M / F			Y / N	Y / N
		M / F			Y / N	Y / N
		M / F			Y / N	Y / N
		M / F			Y / N	Y / N
		M / F			Y / N	Y / N

***Use table on back for additional family members.

Do you receive Food Stamps: Yes No

Do you receive Medicaid: Yes No

Food Pantry Conditions of Distribution:

1. I hereby attest that my household is in need of food on an emergency basis.
2. I hereby accept these donated items as a Good Samaritan Act and hold harmless and release from all liability Marie Wilkinson Food Pantry and any of the workers and suppliers of the Food Pantry.
3. I hereby agree to these conditions on this day and any future requests of the Marie Wilkinson Food Pantry.
4. I hereby give Marie Wilkinson Food Pantry permission to verify any information on this form.
5. I hereby release and discharge Marie Wilkinson Food Pantry by giving rights and permission, with respect to photos, video or voice talent that have been taken of me and/or anyone with me may be included with or without others.
6. Use of inappropriate language-profanity, racial slurs, etc. – will result in IMMEDIATE dismissal from the MWFP.
7. I certify that this information is complete & accurate. I agree to provide, upon request, documentation on all income sources to the HUD Grantee/Program Administrator

Signed: _____ **Date:** _____

Office Use Only:

Verify OK

Approved with:

DL

Utility Bill

Medical Card

Lease

State ID

Birth Certificate

Naturalization Card

Passport

Other

Schools:

Verified By:

Date:

Registro Para Marie Wilkinson Food Pantry (MWFP)

Apellido: _____ Nombre: _____

Domicilio: _____ Apt. #: _____ Condado: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ ¿Vives dentro de los límites de la ciudad de aurora? S / N

Teléfono: (_____) _____ (circule uno) Casa Celular

¿Cuál es su estatus en la familia?: Jefe de Familia/Esposa de 62 años o más Jefe de Familia/Esposa incapacitada No aplicable

Etnicidad: Hispano No Hispano Prefieren no contestar ¿Tu familia tienen una mujer como jefa de hogar? Sí No

Race: Blanco Negro o Africano Americano Asiático Indio Americano/Nativo de Alaska Nativo de Hawái u Otra Isla del Pacífico

Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanco Asiático y Blanco Negro/Africano Americano y Blanco

Indio Americano/Nativo de Alaska y Negro/Africano Americano Otra Taza Prefieren no contestar

What is your current monthly household income (including SNAP, SS, SSI, etc.) \$ _____

de personas en la familia _____ Liste a TODOS los miembros de su casa

Nombre	Parentesco	M / F	Fecha de Nacimiento	Edad	Veterano Militar	Incapacitado
	USTED	M / F			S / N	S / N
		M / F			S / N	S / N
		M / F			S / N	S / N
		M / F			S / N	S / N
		M / F			S / N	S / N
		M / F			S / N	S / N

***Utilice la tabla en la parte posterior para otros miembros de la familia.

Recibe Ud. La Link: Si No

Recibe Ud. La Tarjeta Medica: Si No

Condiciones para la distribución del “Marie Wilkinson Food Pantry”:

1. Por la presente atesto que mi familia están en necesidad de alimentos en estado de emergencia.
2. Por la presente acepto estos artículos donados bajo el “Good Samaritan Act” y mantengo sin daños ni prejuicios y libre de toda obligación al Marie Wilkinson Food Pantry y a todos los trabajadores y proveedores del Food Pantry
3. Por la presente acepto estas condiciones hoy y para los pedidos futuros al Marie Wilkinson Food Pantry.
4. Por la presente otorgo permiso al Marie Wilkinson Food Pantry para verificar cualquier información en esta planilla.
5. Proceder a liberar y descargar Marie Wilkinson Food Pantry, dando derechos y permisos, con respecto a las fotos, vídeo o voz de talento que han sido tomados de mí y/o alguien conmigo puede incluirse con o sin otros.
6. El uso de idioma impropio como insultos y obscenidades, calumnias raciales, etc.-tendrá como resultado despido INMEDIATO de la MWFP
7. Certifico que esta información es complete y correcto. Yo acuerdo a proveer, si me solicita, documentación de todas fuentes de ingresos al administrador del programa HUD.

Firma: _____ Fecha: _____

Sólo para uso de oficina

Verify OK

Approved with:

- DL
- Utility Bill
- Medical Card
- Lease
- State ID
- Birth Certificate
- Naturalization Card
- Passport
- Other

Schools:

Verified By:

Date: _____