

## Marie Wilkinson Food Pantry Registration (MWFP)

Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_ Apt. #: \_\_\_\_\_

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

Phone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**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  Middle-Eastern/North African  
 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

**Office Use Only:**

# \_\_\_\_\_

Verify  OK

Verified By: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Name	Relationship	M / F	Birthdate			Age	Veteran	Disabled
			Month	Day	Year			
	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.

**Information Only – welcome to visit food pantries:**

**Do you receive Link/SNAP:** Yes  No  **Do you receive Medicaid:** Yes  No  **Dietary Restrictions:** \_\_\_\_\_

**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:** \_\_\_\_\_

## Registro Para Marie Wilkinson Food Pantry (MWFP)

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Apt. #: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

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  Oriente Medeo/Africa del Norte

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

¿Cuál es su ingreso familiar mensual actual (incluidos SNAP, SS, SSI, etc.)? \$ \_\_\_\_\_

# de personas en la familia \_\_\_\_\_ Liste a TODOS los miembros de su casa, incluido usted mismo.

**Office Use Only:**

# \_\_\_\_\_

Verify OK

Verified By: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Nombre	Parentesco	M / F	Fecha de Nacimiento			Edad	Veterano Militar	Incapacitado
			MES	DIA	AÑO			
	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

**Solo informacion - bienvenido a visitar las despensas de alimentos:**

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

**Recibe Ud. La Link/SNAP:** Si No **Recibe Ud. La Tarjeta Medica:** Si No Restricciones de dieta? \_\_\_\_\_

**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:** \_\_\_\_\_