



# Food Bank of Western Massachusetts

## Brown Bag: Food for Elders Registration Form

Please print. All applicants must meet age and income requirements. Verification may be requested. Only one bag allowed per household.

Complete this form and mail it to:

Food Bank of Western MA  
 ATTN: Brown Bag  
 25 Carew St  
 Chicopee, MA 01020

413-419-0079, www.foodbankwma.org

### Head-of-Household Information.

Name <small>Required</small>		Year of Birth <small>Required</small>	Address <small>Required – all applicants MUST live in Berkshire, Franklin, Hampden, or Hampshire County in MA.</small>	
First:		Year	Street Address:	Apt #:
Middle:		<b>If you are Under 55, do you receive SSDI (Social Security Disability Income)?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Applied, awaiting approval	City:	ZIP:
Last:			<b>Mailing Address (if different)</b>	
<b>Phone <small>Required</small></b>				
( _____ ) _____ - _____		Address, City, ZIP:		
Income <small>Required</small>		Government Benefits <small>Required</small>		<u>Optional Information</u>
<b>Income:</b> _____  <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Quarterly <input type="checkbox"/> Annual  <b>Above Income is from:</b> <input type="checkbox"/> Social Security <input type="checkbox"/> Social Security Disability Income (SSDI) <input type="checkbox"/> Pension/Retirement <input type="checkbox"/> Employment <input type="checkbox"/> IRA/401b Retirement Fund <input type="checkbox"/> Other: _____		<input type="checkbox"/> Medicaid (MassHealth) <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Veteran's Assistance <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> SSI (Supplemental Security Income) <input type="checkbox"/> Fuel Assistance <input type="checkbox"/> TAFDC <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Other:		<p><i>The following information is 100% optional. It will not impact your program eligibility in any way, but helps us analyze our program so we can serve you better.</i></p> <p style="text-align: right;"><b>Gender:</b> _____</p> <p style="text-align: right;"><b>Race/Ethnicity:</b> _____</p> <p style="text-align: right;"><b>Language Preference:</b> _____</p> <p style="text-align: right;"><b>Employment Status:</b> _____</p> <p style="text-align: right;"><b>Highest educational level attained:</b> _____</p> <p style="text-align: right;"><b>Are you Homeless?</b> _____</p> <p style="text-align: right;"><b>Are you a veteran?</b> _____</p> <p style="text-align: right;"><b>Are you a refugee?</b> _____</p> <p style="text-align: right;"><b>Are you disabled?</b> _____</p> <p style="text-align: right;"><b>Marital Status:</b> _____</p>
<b>Email Address <small>Optional</small></b>		<b>At which site would you like to pick up your Brown Bag? <small>Required</small></b>		
Would you like someone from The Food Bank to contact you about SNAP enrollment? <small>Optional</small>		<b>Delivery/Satellite Site <small>Optional – pre-authorization may be required.</small></b>		
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				

### Household Members' Information (Please use the back of form if more space is needed. Please include all information requested below.)

Name <small>Required</small>	Year of Birth <small>Required</small>	Monthly Income <small>Required</small>	Gender <small>Optional</small>	Race/Ethnicity <small>Optional</small>	Name <small>Required</small>	Year of Birth <small>Required</small>	Monthly Income <small>Required</small>	Gender <small>Optional</small>	Race/Ethnicity <small>Optional</small>

By my signature below, I certify that all of the information listed on all sides of this form is true and correct.

**Signature** \_\_\_\_\_

**Date** \_\_\_\_\_

Date Application Received:	Date entered into Oasis:	Staff initials:	Notes:
Accepted? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	Date letter sent:	Site:	

This institution is an equal opportunity provider and employer. If you wish to file a Civil Rights program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, found online at [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), or at any USDA office, or call (866) 632-9992 to request the form. You may also write a letter containing all of the information requested in the form. Send your completed complaint form or letter to us by mail at U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, by fax (202) 690-7442 or email at [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).



# Food Bank of Western Massachusetts

## Brown Bag: Food for Elders Formulario de Admisión

Complete este formulario y envíelo por correo a:

Food Bank of Western MA  
 ATTN: Brown Bag  
 25 Carew St  
 Chicopee, MA 01020

413-419-0079, www.foodbankwma.org

Por favor imprima. Todos los solicitantes deben cumplir con los requisitos de edad y de ingresos. La verificación puede ser solicitada. Sólo una bolsa permitido por hogar.

### Jefe-de-Hogar Información.

Nombre <i>Requerido</i>		Año de Nacimiento <i>Requerido</i>	Dirección <i>Requerido</i>	
Primer:		Año	Calle:	Apt. #:
Segundo:			Ciudad:	Código Postal:
Apellido:		<b>Si usted es menor de 55 años, recibe usted SSDI (Seguro Social por Incapacidad Ingresos)?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Aplicada, pendientes de aprobación	<b>Dirección de envío (si es diferente)</b>	
<b>Teléfono <i>Requerido</i></b>			Calle, Ciudad, Código Postal:	
( _____ ) _____ - _____				

Ingreso <i>Requerido</i>	Beneficios de Gobierno <i>Requerido</i>	Información <i>Opcional</i>
<b>Cantidad (Jefe de la familia):</b> _____ <input type="checkbox"/> Semenal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual  <b>Ingreso es de:</b> <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> SSDI (Ingresos de Incapacidad del Seguro Social) <input type="checkbox"/> Pensión/Jubilación <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Cuenta Individual de Retiro/Fondo de Jubilación <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Medicaid (MassHealth) <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Asistencia Veterana <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario) <input type="checkbox"/> Asistencia Combustible <input type="checkbox"/> TAFDC <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Otro: _____	<p><i>La siguiente información es 100% opcional. No va a afectar su elegibilidad para el programa de ninguna manera, pero nos ayuda a analizar nuestro programa para que podamos servir mejor.</i></p> <b>Sexo:</b> _____ <b>Raza/Origen étnico:</b> _____ <b>Preferencia de Idioma:</b> _____ <b>Situación de empleo:</b> _____ <b>Más alto nivel de educación:</b> _____ <b>¿Estás sin hogar?</b> _____ <b>¿Es usted un veterano?</b> _____ <b>¿Eres un refugiado?</b> _____ <b>¿Estás incapacitado?</b> _____ <b>Estado Civil:</b> _____

<b>Dirección de correo electrónico <i>Opcional</i></b>	<b>En el sitio que le gustaría recoger su bolsa? <i>Requerido</i></b>
_____	_____
<b>¿Le gustaría que alguien del Food Bank lo contacte para inscribirse en SNAP? <i>Opcional</i></b>	<b>Entrega/Satélite Sitio <i>Opcional</i> – autorización puede ser necesaria.</b>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____

**Datos de los miembros del hogar** (Por favor, use la parte posterior del formulario si necesita más espacio. Por favor, incluya toda la información solicitada por debajo.)

Nombre <i>Requerido</i>	Año de Nacimiento <i>Requerido</i>	Ingresos Mensuales <i>Requerido</i>	Sexo <i>Opcional</i>	Raza/Origen Étnico <i>Opcional</i>	Nombre <i>Requerido</i>	Año de Nacimiento <i>Requerido</i>	Ingresos Mensuales <i>Requerido</i>	Sexo <i>Opcional</i>	Raza/Origen Étnico <i>Opcional</i>

Con mi firma a continuación, certifico que toda la información que aparece en todos los lados de este formulario son verdaderas y correctas

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

Date Application Received:	Date entered into Oasis:	Staff initials:	Notes:
Accepted? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	Date letter sent:	Site:	

Esta institución es un proveedor con igualdad de oportunidades. Si desea presentar una queja programa de derechos civiles de la discriminación, completar el Formulario de Queja USDA Programa de discriminación, que se encuentra en línea en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), o en cualquier oficina del USDA, o llame al 866 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta que contiene toda la información requerida en el formulario. Envíe su formulario de queja o una carta a nosotros por correo en el Departamento de Agricultura, Director, Office of Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410, Estados Unidos, por fax (202) 690 hasta 7442 o al correo electrónico [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).