



413-419-0079, www.foodbankwma.org

Food Bank of Western Massachusetts

Brown Bag: Food for Older Adult Registration Form

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

Complete this form and mail it to:

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

Head-of-Household Information.

*Name Required		*DOB Required	*Address Required – all applicants MUST live in Berkshire, Franklin, Hampden, or Hampshire County in MA.	
First:		DOB:	Street Address:	Apt #:
Middle:		If you are Under 55, do you receive SSDI (Social Security Disability Income)? ☐ Yes ☐ No ☐ Applied, awaiting approval	City:	ZIP:
Last:			Mailing Address (if different) Address, City, ZIP:	
*Phone Required () -				
*Income Required		*Government Benefits Required	<u>Optional</u> Information	
*Total Income: _____ ☐ Weekly ☐ Bi-weekly ☐ Monthly ☐ Quarterly ☐ Annual		☐ Medicaid (MassHealth) ☐ SNAP ☐ Veteran's Assistance ☐ WIC ☐ SSI (Supplemental Security Income) ☐ Fuel Assistance ☐ TAFDC ☐ Head Start ☐ Other:	<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> Gender: _____ Race/Ethnicity: _____ Language Preference: _____ Employment Status: _____ Highest educational level attained: _____ Are you Homeless? _____ Are you a veteran? _____ Are you a refugee? _____ Are you disabled? _____ Marital Status: _____	
*Above Income is from: ☐ Social Security ☐ Social Security Disability Income (SSDI) ☐ Pension/Retirement ☐ Employment ☐ IRA/401b Retirement Fund ☐ Other: _____				
*At which site would you like to pick up your Brown Bag? If site is not named, the closest site to you will be assigned				

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

Name Required	DOB Required	Monthly Income Required	Gender Optional	Race/Ethnicity Optional	Name of the delegated people to pick up your bag, if applicable

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? ☐ NO ☐ 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, 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.



413-419-0079, www.foodbankwma.org

Food Bank of Western Massachusetts
Brown Bag: Formulario de Asistencia para Adulto Mayor
Por favor imprima. Todos los aplicantes deben cumplir con los requisitos de edad e ingresos
La verificación puede ser solicitada. Sólo una bolsa permitida por hogar.

Complete este formulario y envíelo por correo a:
Food Bank of Western MA
ATTN: Brown Bag
25 Carew St
Chicopee, MA 01020

Jefe-de-Hogar Información.

*Nombre Requerido		*Fecha de Nacimiento Requerido	*Dirección Requerido – Todos los participantes deben vivir en Berkshire, Franklin, Hampden, or Hampshire County en MA.	
Primer:		FDN:	Calle:	Apt. #:
Segundo:		Si usted es menor de 55 años, y recibe SSDI (Seguro Social por Incapacidad Ingresos)? ☐ Sí ☐ No ☐ Aplicó, pendiente de aprobación	Ciudad:	Código Postal:
Apellido:			Dirección de envío (si es diferente) Calle, Ciudad, Código Postal:	
*Teléfono Requerido () -				
*Ingreso Requerido		*Beneficios de Gobierno Requerido	Información Opcional	
*Ingreso Total (Jefe de la familia): ☐ Semenal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Anual *El ingreso arriba listado es de: ☐ Seguro Social ☐ SSDI (Ingresos de Incapacidad del Seguro Social) ☐ Pensión/Jubilación ☐ Empleo ☐ Cuenta Individual de Retiro/Fondo de Jubilación ☐ Otro: _____		☐ Medicaid (MassHealth) ☐ SNAP ☐ Asistencia Veterana ☐ WIC ☐ SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario) ☐ Asistencia Combustible ☐ TAFDC ☐ Head Start ☐ Otro: _____	<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> Sexo: _____ Raza/Origen étnico: _____ Preferencia de Idioma: _____ Situación de empleo: _____ Nivel mas alto de educación: _____ ¿Estás sin hogar? _____ ¿Es usted un veterano? _____ ¿Eres un refugiado? _____ ¿Estás incapacitado? _____ Estado Civil: _____	
*En que sede de Brown Bag le gustaría recoger su bolsa? Si no lo menciona, se le asignara a el lugar mas cercano de su residencia.				

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 debajo.)

Nombre <i>Requerido</i>	Fecha de Nacimiento <i>Requerido</i>	Ingresos Mensuales <i>Requerido</i>	Sexo <i>Opcional</i>	Raza/Origen Étnico <i>Opcional</i>	Nombre de las personas delegadas para reclamar su bolsa, si aplica

A continuación con mi firma, certifico que toda la información que aparece en todas las casillas de este formulario son verdaderas y correctas

***Firma** _____ ***Fecha** _____

Date Application Received:	Date entered into Oasis:	Staff initials:	Notes:
Accepted? ☐ NO ☐ 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, 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.