

# FORMULARIO DE PODER-Representátate



\*Nombre de cliente: \_\_\_\_\_

\*Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Ethnicidad: \_\_\_\_\_

\*Dirección: \_\_\_\_\_

\*Ciudad: \_\_\_\_\_ \*CP/Zip: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Ingresos mensuales del hogar: \_\_\_\_\_

Asistencia Pública Recibida: CSFP SNAP LEAP TANF OAP AND AB SSI

## Miembros del Hogar:

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el cliente principal

Por favor enumere cualquier miembro adicional en la página opuesta.

\*Programa: **TEFAP** **Despensa**

Yo declaro a \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ para  
Nombre de representante Nombre de representante secundario (opcional)  
**servir como mi representante para llenar y firmar documentos, proporcionar requisitos de elegibilidad, y recoger mi comida del programa:** \_\_\_\_\_  
Nombre de programa

**Al firmar este formulario usted está de acuerdo que su nombre y datos entren a nuestro sistema en línea Link2Feed. Su información puede ser vista por asociados de Food Bank of the Rockies para poder mejor server nuestra comunidad.**

Puede crear su propio perfil con Link2Feed visitando <http://newclient.link2feed.com/> o escanear el código QR. Tiene un número de cliente en Link2Feed? No es necesario registrarse.



Indique el número de cliente aquí (si corresponde): \_\_\_\_\_

Respectamos la privacidad de sus datos. Para aprender más sobre seguridad de datos de Link2Feed, visita: <http://bit.ly/DataPromise>  
 Si desea que sus datos sean borrados por favor comuníquese por correo electrónico a: [L2F@foodbankrockies.org](mailto:L2F@foodbankrockies.org).

Firma de cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de representátante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de representátante secundario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o represalia por actividad anterior de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el Centro TARGET del USDA al (202) 720- 2600 (voz y TTY) o comuníquese con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el Demandante debe completar un Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: [https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR %20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf), desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria del denunciante con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completado debe enviarse al USDA antes de:

**1. correo:**

U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410; o

**2. fax:**

(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

**3. correo electrónico:**

program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

<i>Completado por IFCS empleado o voluntario</i>	
Check all that apply:	
New Client (Client application must be attached)	
Renewal	
Mobile Pantry	
Renewal Period**:	To:
_____ Today's Date (month/year)	_____ 1 year from today's date (month/year)
Link2Feed Client ID Number: _____ Has Proxy been indicated on Link2Feed? <b>Y / N</b>	