



Helping • Giving • Caring • Sharing

HILLSBOROUGH TOWNSHIP Aplicación para Despensa de Alimentos

379 SOUTH BRANCH ROAD
HILLSBOROUGH, NEW JERSEY 08844
(908) 369-4313

The information on this application form is completely confidential. *(Informacion es confidencial)*

(OFFICE USE)^(w-2020)

DATE: _____

☐ Interviewed
by _____

☐ Residency verified

☐ Income verified

☐ Approved

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Esopso: _____ Celular: _____
Fecha de Nacimiento: _____ # de Casa: _____

Dirección: _____ Apt # _____ # Telefono: _____

¿Cómo se informo de la Despensa de Alimentos? _____

Es su dificultad en obtener alimentos : Temporal ☐ Permanente ☐

Liste todos las personas viviendo en casa con Ud.

Nombre:	Fecha de Nacimiento	Relación	Nombre:	Fecha de Nacimiento	Relación
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Liste los nombres de miembros de familia que reciben cualquier forma de ingreso:

Nombre:	Cantidad:	Origen:(incluye mantenimiento/pension)	Nombre:	Cantidad:	Origen:(incluye mantenimiento/pension)
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Ingreso Mensual (total después de impuestos): _____ Recibe asistencia de SNAP? Sí ☐ No ☐ Si, recibe cuanto recibe por mes?: _____

Liste todas las agencias que le ayudan con alimentos, dinero o pagos de gas, electricidad : Cuanto por mes? _____ Su Casa o apartamento es por Affordable Housing? Si ☐ No ☐ Que tipo? Seccion 8 ☐ Bajo ☐ Moderado ☐

Situación de vivienda: Renta: ☐ Dueño: ☐ Vive con familia: ☐ Tipo de casa: Apartamento: ☐ Condominio: ☐ Casa: ☐
Cantidad de gasto mensuales: \$ _____ Renta/Hipoteca: \$ _____ Recibe ayuda para la renta? \$ _____
Gasolina: \$ _____ Telefono: \$ _____ Cable de television: \$ _____ Otro: \$ _____
Seguro de carro: \$ _____ Pago de carro: \$ _____ Tarjetas de crédito: \$ _____ Pagos de Médico: \$ _____

En lo más detalle posible, por favor diganos porque tiene dificultades financieras:

¿Qué piensa hacer para cambiar su situación financiera? Por favor, de ser lo más específico posible :

¿Tiene Ud. Seguro medico? Sí ☐ No ☐

¿Tiene Ud. Seguro para recetas medicas? Sí ☐ No ☐

¿Ha aplicado para los servicios sociales en Somerset County? Sí ☐ No ☐

Autorización para el Relevo de información

Yo (nosotros) por lo presente autorizo (autorizamos) el Departamento de Servicios Sociales del Township de Hillsborough poner en contacto con cualquier individuo o otra organizacion lo cual esta conocido de mis (nuestros) circunstancias para el unico propósito de verificar las declaraciones que he (hemos) hecho.

Yo (nosotros) por lo presente autorizo (autorizamos) cualquier institución de banco o agencia de servicios sociales revelar cualquier información pedido por el Departamento de Servicios Sociales de Township de Hillsborough.

Nombre del Apicante (imprima)

Firma del Apicante

Fecha

Nombre del Apicante (imprima))

Firma del Apicante

Fecha

(office use only)

Photo ID Provided ☐

Proof of Residency - Lease or Rental Agreement ☐ Tax Bill ☐ Mortgage Document ☐

Previous years Federal Tax return Provided (note year) _____ ☐ SSI/D Statement ☐ W2's ☐ Paystubs ☐ _____ ☐