

Menu Application User Authorization Form
Please email signed form to dftanutrition@aging.nyc.gov

User Request Type:	First Name:	Last Name:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telephone:	Email:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

_____ User Signature:	_____ User Title:	_____ Date:
--------------------------	----------------------	----------------

DFTA ID & Site Number:	Program Name:	DFTA ID & Site Number:	Program Name:
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	9. <input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	10. <input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	11. <input type="text"/>	<input type="text"/>
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>	12. <input type="text"/>	<input type="text"/>
5. <input type="text"/>	<input type="text"/>	13. <input type="text"/>	<input type="text"/>
6. <input type="text"/>	<input type="text"/>	14. <input type="text"/>	<input type="text"/>
7. <input type="text"/>	<input type="text"/>	15. <input type="text"/>	<input type="text"/>
8. <input type="text"/>	<input type="text"/>	16. <input type="text"/>	<input type="text"/>

_____ Program Director Signature:	_____ Date:
_____ DFTA Nutritionist Signature:	_____ Date: