

Despensa de Alimentos de Dedham

Formulario de Registro



Declaración de Respeto Mutuo y Responsabilidad

La Despensa de Alimentos de Dedham se compromete a mantener un ambiente seguro, respetuoso y acogedor. Todas las personas asociadas con la Despensa de Alimentos, incluidos los empleados, voluntarios, así como sus clientes y familias, son responsables de tratarse con respeto.

Por lo tanto, pedimos su cooperación para mantener la Despensa de Alimentos de Dedham:

- Libre de abuso verbal, comentarios o gestos inapropiados, o intimidación por motivos de orientación sexual, creencias religiosas o espiritualidad, edad, raza, origen nacional, etnia, discapacidad, afiliación política o cualquier otra diferencia real o percibida como el estilo de comunicación, características físicas y estilos de aprendizaje.
- Libre de acoso sexual o cualquier contacto físico no deseado.
- Libre de violencia, incluyendo cualquier abuso físico, asalto altercado, amenaza de violencia o comportamiento amenazante o intimidante
- Libre de robo o destrucción de propiedad personal o comunitaria
- Libre de personas que se encuentren bajo los efectos del alcohol y/u otras sustancias
- Libre de armas de cualquier tipo.

Por favor tenga en cuenta que su participación en la Despensa de Dedham puede ser terminada al no cumplir con estas responsabilidades o descuidar de observar este código de conducta.

Por favor imprima claramente!

Nombre _____ Apellido _____

Dirección _____ Teléfono _____

Email _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Es usted ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No Binario

Nombre de personas en su hogar	Relación a usted	Género	Fecha de Nacimiento

Raza (Opcional - por favor marque todas las que apliquen)

- ☐ Asiática
- ☐ Afroamericano
- ☐ Hispano/Latine
- ☐ Nativo americano/Alaska
- ☐ Nativo de Hawái
- ☐ Nativo de Polinesia
- ☐ Caucásico
- ☐ Más de una raza

Idioma Preferido

- ☐ Inglés
- ☐ Español
- ☐ Criollo Haitiano
- ☐ Griego
- ☐ Ruso
- ☐ Árabe
- ☐ Mandarín
- ☐ Otro _____

¿Recibe usted, o alguien en su hogar, beneficios de cualquiera de estos programas? Los programas no afectan su elegibilidad para recibir beneficios de la Despensa de Alimentos. (Por favor marque todas las que apliquen.)

- ☐ SNAP ☐ Head Start ☐ Medicaid ☐ Asistencia para Veteranos
- ☐ AFDC ☐ Programas de Asistencia de Combustible ☐ WIC ☐ SSI
- ☐ Vivienda Sección 8

¿Tiene alguna restricción dietética especial, discapacidad o necesidades de accesibilidad? Por favor explique.

Nota: No podemos garantizar alimentos cada semana por restricciones dietéticas especiales.

Por favor asegúrese de firmar y completar toda la información requerida.

Para utilizar la Despensa de Alimentos de Dedham:

1. Vivir en Dedham y mostrar prueba de residencia (licencia de conducir y una factura con su nombre y dirección.)
2. Cumplir con las pautas de ingresos de la Despensa detalladas a continuación.
 - Todas las personas viviendo juntas en una casa o departamento se consideran como un hogar, incluso si no están emparentadas.
 - Las pautas de ingresos incluyen el ingreso total de todas las fuentes y todas las personas en el hogar. No consideramos las cuentas bancarias y otros activos en las pautas.
 - Si usted no cumple con las pautas, pero cree que debería poder usar la Despensa, por favor hable con un administrador de la Despensa.

Tamaño de Familia (inclúyase usted)	Ingreso Familiar Anual	Ingreso Familiar Mensual	Ingreso Familiar Semanal
1	\$39,125	\$3,260	\$752
2	\$52,875	\$4,406	\$1,107
3	\$66,625	\$5,552	\$1,281
4	\$80,375	\$6,698	\$1,546
5	\$94,125	\$7,844	\$1,810
6	\$107,875	\$8,989	\$2,075
7	\$121,625	\$10,125	\$2,339
8	\$135,750	\$11,281	\$2,603
Por cada miembro adicional, agregue:			
	\$13,750	\$1,146	\$264

Certifico que soy miembro del hogar descrito en esta forma y como representante de este hogar he aplicado para recibir beneficios de la Despensa de Alimentos de Dedham. Certifico que toda la información tocante a mi hogar es verdadera según mi conocimiento.

- Soy residente de Dedham. (Muestre prueba de residencia.)
- Cumpló con las pautas de ingresos delineadas arriba, y notificará a la Despensa si mis ingresos aumentan.
- He leído y acepto observar la declaración de Respeto y Responsabilidad.

Firma

Fecha