

Mantenimiento de registros de la despensa de alimentos



Nombre _____		
Dirección _____		
Número en el hogar _____	Numero de niños _____	Número de personas mayores _____
(Total viviendo en casa)	(17 años o menos)	(60 años o más)

¿El hogar GNAP es elegible?

¿Hay niños de 17 años o menos viviendo en el hogar? ¿Qué evidencia pueden mostrar que los haga elegibles para GNAP?

(Marque todo lo que corresponda. En algunos casos, 3h por ejemplo, es posible que no tengan pruebas que mostrar).

1. TANF	_____	Sí
2. Servicios de transición de TANF	_____	Sí
3. En riesgo:		
A. Tarjeta EBT de cupones para alimentos	_____	Si
B. Elegibilidad para productos del USDA	_____	Si
C. Residente de vivienda pública	_____	Si
D. Participante del programa de vales de la Sección 8	_____	Si
E. Tarjeta WIC actual	_____	Si
F. Tarjeta Medicaid	_____	Si
G. Tarjeta Peachcare para niños	_____	Si
H. Salarios por hora de \$ 8 por hora o menos	_____	Si
I. Desayuno o almuerzo escolar gratis o a precio reducido	_____	Si
J. Servicios de transición de DFCS/TANF	_____	Si

(Individuo que ha utilizado los 48 meses de asistencia de TANF, sin embargo, el estado está brindando servicios de transición como cuidado de niños, tokens MARTA, transición de Bienestar a Trabajo)

Para uso exclusivo del personal de la despensa

Hogar # _____ Servido el ____ / ____ / ____ (Fecha de distribución)
Libras totales distribuidas a los hogares enumerados anteriormente: _____ libras
Marque aquí si el hogar recibió GNAP: <input type="checkbox"/> SÍ