



WILLIAM HALL RODGERS



REGISTRO DE LA CESTA DE ALIMENTOS DE NAVIDAD | NOVEMBER 8, 2021

LAS INSTRUCCIONES

- 1 ¡Llena la solicitud adjunta en el dorso o déla a alguien que se beneficiará! (Una solicitud por hogar, por favor. Toda la información proporcionada permanecerá confidencial.)
- 2 Trae la solicitud completa y la identificación con foto al Museum Center at Five Points el lunes **8 de Noviembre de 2021** entre las 8:00 en la mañana y las 5:00 de tarde.
- 3 Reciba el boleto con ubicación, direcciones, fecha y hora de recogida de la cesta. **NO PIERDA SU BOLETO. SIN BOLETO = SIN CESTA**
- 4 Recoja su cesta en la lugar, fecha y hora especificados.
- 5 ¡Disfruta de una temporada de vacaciones segura y feliz!

LO QUE NECESITAS

Aplicación completada
La identificación con foto

***Seguiremos los protocolos de distanciamiento social**

CUÁNDO Y DÓNDE

El lunes, 8 de noviembre de 2021 | Las 8:00 en la mañana - las 5:00 de la tarde
Museum Center at Five Points - 200 Inman St. E., Cleveland, TN 37311

RECOGIDA DE CESTA

Se proporcionarán instrucciones cuando complete el registro.
SIN BOLETO = SIN CESTA

Aplicación de la cesta de alimentos de Navidad de William Hall Rodgers

Nombre (Cabeza de Familia): _____ Últimos 5 Dígitos de la Seguridad Social #: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Empleado Autónomo Retirado Discapacidad Ingresos \$ _____

(Por favor marque: semanal quincenal mensual)

Nombre (Cónyuge): _____ Últimos 5 Dígitos de la Seguridad Social #: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Empleado Autónomo Retirado Discapacidad Ingresos \$ _____

(Por favor marque: semanal quincenal mensual)

Dirección Actual: _____ Estado _____ Código postal _____

Número de Teléfono: _____ Celular Casa Trabajo Número Total en el Hogar: _____**LISTE TODOS LOS DEMÁS MIEMBROS DEL HOGAR NO MENCIONADOS ARRIBA**

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación

GASTOS MENSUALES

Hipoteca, Alquiler, Estancia Extendida u Otro (Por favor marque) \$ _____

Elección de vivienda / Sección 8 \$ _____ Si es otro, por favor explique: _____

Propietario/Administrador de la Propiedad: _____ Medicamentos: \$ _____

Electricidad, Agua, Gas, Propano (por favor, marque todo lo que aplique): \$ _____

Cualquier otro gasto e importe: _____

FUENTES DE OTROS INGRESOS (si no se menciona arriba)

Ley Familias Primero \$ _____ Seguro Social \$ _____ Discapacidad \$ _____

SSI \$ _____ Beneficios de VA \$ _____ Compensación del trabajador \$ _____

Compensación por Desempleo \$ _____ WIC \$ _____ SNAP/Vale de Comida \$ _____

Subsidio de servicios públicos \$ _____ Subsidio de vivienda \$ _____

Firmar _____ Fecha _____