



Helping • Giving • Caring • Sharing

# HILLSBOROUGH TOWNSHIP Aplicación para Despensa de Alimentos

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

(OFFICE USE)<sup>(w-2020)</sup>

DATE: \_\_\_\_\_

Interviewed  
by \_\_\_\_\_

Residency verified

Income verified

Approved

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Esopso : \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_ # 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  \_\_\_\_\_