

ACCOUNT HOLDER																			
LAST NAME											PHONE #								
FIRST NAME											E-MAIL								
ADDRESS											DATE OF BIRTH	/ /		GENDER	M	F			
CITY											STATE	V	A	ZIP CODE					

**By checking this box**, you allow LHR to Text and/or E-mail you in order to send you information about various events or other alerts. You may opt-out of receiving future notifications by following the links that will accompany every text and e-mail. We respect your E-mail privacy.

FAMILY MEMBERS																								
	FIRST NAME										LAST NAME										DATE OF BIRTH	GENDER		RELATION
1																					/ /	M	F	
2																					/ /	M	F	
3																					/ /	M	F	
4																					/ /	M	F	
5																					/ /	M	F	
6																					/ /	M	F	
7																					/ /	M	F	

SOURCES OF INCOME			
SOURCE	RECEIVE		AMOUNT
Monthly Income (From Work)	YES	NO	\$
S.N.A.P. Program (Food Stamps)	YES	NO	\$
S.S.I. (Social Security Income)	YES	NO	\$
T.A.N.F. (Temporary Assistance for Needy Families)	YES	NO	\$
Medicaid	YES	NO	

EMPLOYMENT STATUS		
Are you employed FULL-TIME?	YES	NO
Are you employed PART-TIME?	YES	NO
Are you UNEMPLOYED?	YES	NO
Are you SEEKING EMPLOYMENT?	YES	NO
Are you NOT SEEKING EMPLOYMENT?	YES	NO
Are you unemployed due to a DISABILITY?	YES	NO
Are you unemployed due to being RETIRED?	YES	NO

MILITARY HISTORY	
<input type="checkbox"/>	1. Non-Veteran/Never Served
<input type="checkbox"/>	2. World War II Era
<input type="checkbox"/>	3. Korean War Era
<input type="checkbox"/>	4. Vietnam Era
<input type="checkbox"/>	5. Gulf War I Era
<input type="checkbox"/>	6. Gulf War II/Post
<input type="checkbox"/>	7. 9-11 Era
<input type="checkbox"/>	8. Veteran Unknown Era
<input type="checkbox"/>	9. Other _____

REASON/S FOR FOOD ASSISTANCE	
<input type="checkbox"/>	1. Insufficient Income
<input type="checkbox"/>	2. Emergency/Crisis
<input type="checkbox"/>	3. Single Parent Household
<input type="checkbox"/>	4. Retired
<input type="checkbox"/>	5. High Cost of Child Care
<input type="checkbox"/>	6. Job Loss
<input type="checkbox"/>	7. Unusual Expense
<input type="checkbox"/>	8. Disabled/Handicap
<input type="checkbox"/>	9. Illness/Medical Problems
<input type="checkbox"/>	10. Other _____

RACE/ETHNICITY	
<input type="checkbox"/>	1. African American
<input type="checkbox"/>	2. American Indian/Native American
<input type="checkbox"/>	3. Asian
<input type="checkbox"/>	4. Caucasian
<input type="checkbox"/>	5. Hispanic/Latin American
<input type="checkbox"/>	6. Middle Eastern
<input type="checkbox"/>	7. Other _____

HOUSEHOLD COMPOSITION	
<input type="checkbox"/>	1. Two Parents and Children
<input type="checkbox"/>	2. Female Parent and Children
<input type="checkbox"/>	3. Male Parent and Children
<input type="checkbox"/>	4. Single Adult
<input type="checkbox"/>	5. Two Adults
<input type="checkbox"/>	6. Other _____

RESIDENCE	
<input type="checkbox"/>	1. Own Home
<input type="checkbox"/>	2. Rent Home/Apartment
<input type="checkbox"/>	3. Have No Residence
<input type="checkbox"/>	4. Other _____

HOW DID YOU HEAR ABOUT US?	
<input type="checkbox"/>	1. Family Services
<input type="checkbox"/>	2. Friend
<input type="checkbox"/>	3. Church/Synagogue
<input type="checkbox"/>	4. School
<input type="checkbox"/>	5. Other _____

**\*By accepting this Donation**, I acknowledge that Loudoun Hunger Relief, Inc. (LHR), a recognized 501 (c)(3) food pantry under Title 13.1, Chapter 10 of the Code of Virginia, is, immune to civil liability arising from the Donation. I understand that in requesting assistance from LHR, that LHR may request information from other agencies in order to determine your need. LHR will not share the information you have provided to us with other agencies or organizations, except in connection with a lawful investigation of a suspected crime occurring on our premises or in our parking lot. Inappropriate behavior and profane comments may also result in suspension or termination of services. Under no circumstances, will LHR serve anyone who is intoxicated or under the influence of illegal drugs.

**\*I certify** that I am the only person in this household who lives at this address for who is requesting help. I also certify that the information provided in income of people living with me is true and correct. I understand that I can only receive **USDA** food assistance once a month. I understand that making a false statement may result in having to pay the State for the value of the food improperly issued to me and may subject me to criminal prosecution under the State and Federal Law.

**\*STATEMENT OF NON-DISCRIMINATION:** In accordance with Federal Law and U.S. Department of Agriculture Policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. To file a complaint alleging discrimination, write USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington D.C. 20250-9410 or call toll free (866) 632-9992 (voice). Individuals who are hearing impaired or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay at (800) 877-8339 or (800) 845-6136 (Spanish). USDA is an equal opportunity provider and employer.

**SIGNATURE:** \_\_\_\_\_

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

TITULAR DE LA CUENTA																	
APELLIDO											TELÉFONO						
NOMBRE											E-MAIL						
DIRECCIÓN											FECHA DE NACIMIENTO	/	/		GÉNERO	M	F
CIUDAD											ESTADO	V	A	CÓDIGO POSTAL			

**Marcando esta casilla**, usted permite que LHR le envíe Textos y/o Correo Electrónico para enviarle información sobre diversos eventos u otras alertas. Usted puede optar por dejar de recibir futuras notificaciones siguiendo los enlaces que acompañarán a cada texto y correo electrónico. Respetamos su privacidad del Correo Electrónico.

MIEMBROS DE FAMILIA														
	NOMBRE					APELLIDO					FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO		RELACIÓN
1											/ /	M	F	
2											/ /	M	F	
3											/ /	M	F	
4											/ /	M	F	
5											/ /	M	F	
6											/ /	M	F	
7											/ /	M	F	

FUENTES DE INGRESOS			
FUENTES	RECIBE	CANTIDAD	
Ingresos Mensuales (De su Trabajo)	SÍ NO	\$	
Programa S.N.A.P. (Estampillas de Comida)	SÍ NO	\$	
S.S.I. (Ingresos del Seguro Social)	SÍ NO	\$	
T.A.N.F. (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)	SÍ NO	\$	
Medicaid	SÍ NO		

ESTADO DE EMPLEO		
Usted está empleado por TIEMPO COMPLETO?	SÍ	NO
Usted está empleado por MEDIO TIEMPO?	SÍ	NO
Usted está DESEMPLEADO?	SÍ	NO
Usted está BUSCANDO TRABAJO?	SÍ	NO
Usted NO ESTÁ BUSCANDO TRABAJO?	SÍ	NO
Usted está DESEMPLEADO POR DISCAPACIDAD?	SÍ	NO
Usted está DESEMPLEADO POR ESTAR RETIRADO?	SÍ	NO

HISTORIA MILITAR	
<input type="checkbox"/>	1. No-Veterano/Nunca a Servido
<input type="checkbox"/>	2. Segunda Guerra Mundial
<input type="checkbox"/>	3. Guerra Koreana
<input type="checkbox"/>	4. Era Vietnam
<input type="checkbox"/>	5. Guerra del Golfo Era I
<input type="checkbox"/>	6. Guerra del Golfo II/Post
<input type="checkbox"/>	7. Era 9-11
<input type="checkbox"/>	8. Veterano Era Desconocida
<input type="checkbox"/>	9. Otro _____

RAZÓN DE ASISTENCIA ALIMENTARIA	
<input type="checkbox"/>	1. Ingresos Insuficientes
<input type="checkbox"/>	2. Emergencia/Crisis
<input type="checkbox"/>	3. Padre O Madre Soltero/a
<input type="checkbox"/>	4. Retirado
<input type="checkbox"/>	5. Alto Costo del Cuidado de Niños
<input type="checkbox"/>	6. Perdida de Trabajo
<input type="checkbox"/>	7. Gastos Inusuales
<input type="checkbox"/>	8. Incapacitado/Minusválido
<input type="checkbox"/>	9. Enfermedad/Problemas Medicos
<input type="checkbox"/>	10. Otro _____

RAZA/ETNICIDAD	
<input type="checkbox"/>	1. Afro-Americano
<input type="checkbox"/>	2. Nativo Americano
<input type="checkbox"/>	3. Asiático
<input type="checkbox"/>	4. Caucásico
<input type="checkbox"/>	5. Hispano/Latino Americano
<input type="checkbox"/>	6. Medio Este
<input type="checkbox"/>	7. Otro _____

COMPOSICIÓN DE HOGAR	
<input type="checkbox"/>	1. Dos Padres y Niños
<input type="checkbox"/>	2. Madre y Niños
<input type="checkbox"/>	3. Padre y Niños
<input type="checkbox"/>	4. Adulto Soltero
<input type="checkbox"/>	5. Dos Adultos
<input type="checkbox"/>	6. Otro _____

DOMICILIO	
<input type="checkbox"/>	1. Casa Propia
<input type="checkbox"/>	2. Renta Casa/Apartamento
<input type="checkbox"/>	3. No Tiene Domicilio
<input type="checkbox"/>	4. Otro _____

CÓMO SE ENTERO DE NOSOTROS?	
<input type="checkbox"/>	1. Servicios de Familia
<input type="checkbox"/>	2. Amigo
<input type="checkbox"/>	3. Iglesia/Sinagoga
<input type="checkbox"/>	4. Escuela
<input type="checkbox"/>	5. Otra _____

**\*Aceptando esta Donación**, reconozco que Loudoun Hunger Relief, Inc. (LHR), reconocido 501 (c)(3) mercado de comida por el Título 13.1, Capítulo 10 del código de Virginia, queda libre de cualquier demanda civil o penal por parte de las donaciones recibidas. Entiendo que al pedir asistencia a LHR, LHR puede solicitar información a otras agencias para determinar mis necesidades. LHR, sin embargo, no compartirá la información que nos ha proporcionado con otras agencias u organizaciones, excepto en conexión con una investigación legal de un presunto delito que ocurre en nuestras instalaciones o en nuestro estacionamiento. Certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y entiendo que falsificar información puede hacer que no sea elegible para recibir los servicios que LHR provee. Comportamiento inapropiado y blasfemias pueden hacer que se suspendan o terminen los servicios. Bajo ninguna circunstancia, LHR ayudara a las personas que estén borrachas o bajo la influencia de drogas ilegales.

**\*Certifico que soy la única persona en este hogar que vive en esta dirección que esta solicitando ayuda.** Tambien certifico que la informacion proporcionada en los ingresos de las personas que viven conmigo es verdadera y correcta. Entiendo que solo puedo recibir asistencia alimentaria USDA una vez al mes. Entiendo que si hago una declaracion falsa puede resultar en tener que pagar al Estado por el valor de los alimentos incorrectamente publicado a mi y puede someterme a un enjuiciamiento penal en virtud de la ley estatal y federal.

**\*DECLARACION DE DISCRIMINACION:** De acuerdo con la Ley Federal u la Política del Departamento de Agricultura (USDA), esta institucion tiene prohibido la discriminacion por motivos de raza, color, origen, sexo, edad o incapacidad. Si tiene una queja de discriminacion, escriba a USDA, Director Office of Acjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington D.C. 20250-9410 o llame al numero gratuito (866) 632-9992 (voz). Individuos que tengan incapacidad auditiva o del habla pueden comunicarse con USDA a traves del Federal Relay (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (Español). USDA es un empleador que provee una igual oportunidad.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_