



APLICACION PARA LA MEMBRESIA

SECCION 1: Información General

1. NOMBRE DE LA AGENCIA/ORGANIZACIÓN: _____
2. DIRECCIÓN DE LA AGENCIA: _____
3. CIUDAD/ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
4. DIRECCIÓN: (SI ES DIFERENTE) _____
5. FUNCIONARIO DE CERTIFICACIÓN/DIRECTOR: _____
6. PERSONA COMPLETANDO ESTA APLICACIÓN/NOMBRE DEL CONTACTO:

7. NÚMERO DE TELÉFONO: _____ EMERGENCIA: _____
CORREO ELECTRÓNICO: _____ SITIO DE WEB: _____

¿Cuánto tiempo ha estado su organización en existencia?

- Menos de 1 año
- 1-3 años
- 3-5 años
- 5-10 años
- Más de 10 años

¿Cuáles son los principales fondos de recursos?

- Ingresos Generales ____%
- Concesiones ____%

- Contratos de Gobierno ____%
- Donaciones Corporativas ____%
- Donaciones Individuales ____%

SECCION 2: Criterio para la Membresía

1. ¿Su agencia tiene el estatus de no lucrativa? Sí No

Si sí, por favor incluya una copia de la carta del IRS (Letter of Determination)
 Iglesias pueden incluir una carta de la Iglesia explicado el status firmado por el
 Pastor y la persona autorizada a representar la Iglesia

O

La agencia pudo recibir su clasificación del IRS antes de que la sección 501 c(3)
 fue establecida. En este caso, el número que debe de buscar el la carta del IRS es
 101(6).

O

La agencia puede estar cubierta bajo la organización materna, que tiene la
 excepción 501 c(3).

2. Número de identificación del IRS: _____

3. ¿En qué año fue otorgada su agencia con status de (tax-exempt/or advanced
 ruling)? _____

SECCION 3: Perfil del programa

Por favor seleccione la opción que mejor describa su programa.

- Comida de emergencia [Proveen comida a los que la necesitan en un solo
 caso o a corto plazo]
- Programa de residencia [Cocinando y sirviendo comida a una clientela
 registrada: incluyendo Jardín de Niños, Detox, Half-
 Way Homes, Group Homes, Day Activity
 Programs]
- Cocina de alimento [Cocinando y sirviendo comida a una clientela no
 registrada regularmente o ocasionalmente]

Por favor describa la misión de su agencia/organización. _____

¿Solicitan un honorario o donación a las personas que reciben comida o servicios?

Sí No

¿Podemos mandar personas que nos contacten por comida a su programa? Sí No

Si, sí por favor dénos el nombre y teléfono de nuestro contacto, los días y tiempo de operación para proveerle la información a nuestros clientes.

Nombre: _____ Número de teléfono _____

Días: Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo <input type="checkbox"/>
Hora: _____

Reciben donaciones de comida de: Individuos Gobierno Supermercados Locales
Donaciones de Iglesia Bienes del USDA Campañas de recolección de comida
Otros Por favor explique _____?

¿Compran comida para distribución? Sí No
Si sí, ¿cuál es el costo promedio mensual? \$ _____

Número de personas servidas mensualmente _____

¿Qué porcentaje de clientes servidos son de bajos recursos? ____% Necesidad de Emergencia ____%

Por favor indique el grupo de edades de la gente servido por su programa.

0-5 6-18 19-40 41-60 MAS DE 60

¿Cómo determinan quién recibe comida de su programa? _____

¿Qué comidas proveen a sus clientes? (Por favor circulen todas las que apliquen)

Desayuno Almuerzo Cena Merienda

¿Qué tipo de comida proveen o van a proveer? (Por favor circulen todas las que apliquen)

Alimentos enlatados Alimentos congelados Alimentos secos (arroz, cereal)
 Alimentos perecederos (lecheria, fruta fresca) Carnes

¿Con qué frecuencia pueden recibir comida de su programa?

Diarimente Semanalmente Mensualmente

SECCION 4: Información Sobre Almacenamiento de Alimento

1. ¿Tienen un refrigerador/congelador? Sí No
2. ¿Tienen espacio para almacenar comida seca? Sí No
3. ¿Pueden aceptar paletas de comida? Sí No
4. ¿Tienen equipo para aceptar comida? Sí No
 Si sí, por favor circulen todas las que apliquen. Camión/Camioneta
 Camión Refrigerado Camión de Paletas
5. Si tienen almacén, ¿está separado del dormitorio? Sí No

SECCION 5: Firma

CERTIFICO QUE SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER TODA LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA APLICACIÓN Y OTROS DOCUMENTOS SON VERDADERAS, CORRECTAS Y COMPLETAS Y HECHAS EN BUENA FE.

 Firma de Representante Autorizada por La Agencia

 Fecha

Para uso oficial solamente

Aplicacion fue recibida por el Banco de Comida El Pasoans Fighting Hunger

 Fecha

Aplicacion: Aprobada No Aprobada

 Firma de Representante de Relaciones de Agencias

 Fecha