

# Proxy Form

**Note: INCOMPLETE FORMS WILL NOT BE ACCEPTED.**

This proxy form is for:     TEFAP         CSFP         Both

## Client Information:

Name: \_\_\_\_\_ D.O.B \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Monthly Household Income: \_\_\_\_\_ Number of household members \_\_\_\_\_

Anyone in your household receive any of these benefits (check all that apply):

SNAP \_\_\_\_\_ CSFP \_\_\_\_\_ Medicaid \_\_\_\_\_ SSI \_\_\_\_\_ Free/Reduced School Meals \_\_\_\_\_ None \_\_\_\_\_

**Authorization Statement: "I hereby authorize the person I listed below to pick up food and/or benefits on my behalf from the El Pasoans Fighting Hunger Food Bank Network"**

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Authorized Proxy Information:

Name: \_\_\_\_\_ D.O.B \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

**Terms and Conditions: 1) The proxy must present a valid ID at the time of pick up.**

**2) This form must be updated annually and/or if there are any changes in household composition.**

**This is an equal opportunity provider.**

**Note: INCOMPLETE FORMS WILL NOT BE ACCEPTED.**

# Formulario de representación

**Nota: NO SE ACEPTARÁN FORMULARIOS INCOMPLETOS.**

Este formulario de proxy es para:  TEFAP  CSFP  Ambos

## Información del cliente:

Nombre: \_\_\_\_\_ D.O.B \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apto: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Ingreso mensual del hogar: \_\_\_\_\_ Número de miembros del hogar \_\_\_\_\_

Cualquier persona en su hogar recibe cualquiera de estos beneficios (marque todos los que correspondan):

SNAP \_\_\_\_\_ CSFP \_\_\_\_\_ Medicaid \_\_\_\_\_ SSI \_\_\_\_\_ Meals \_\_\_\_\_ None \_\_\_\_\_ Escolar Gratuito/Reducido

**Declaración de Autorización: "Por la presente autorizo a la persona que mencioné a continuación a recoger alimentos y / o beneficios en mi nombre de la Red de Bancos de Alimentos de El Paso Fighting Hunger"**

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Información de Proxy Autorizado:

Nombre: \_\_\_\_\_ D.O.B \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apto: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Términos y condiciones: 1) El apoderado debe presentar una identificación válida en el momento de la recogida.**

**2) Este formulario debe actualizarse anualmente y/o si hay algún cambio en la composición del hogar.**

**Este es un proveedor de igualdad de oportunidades.**

**Nota: NO SE ACEPTARÁN FORMULARIOS INCOMPLETOS.**