



THE WELL

FOOD PANTRY

Despensa de Alimentos

FOOD ASSISTANCE ELIGIBILITY REQUIREMENTS

Requisitos de Elegibilidad de Ayuda Alimentaria

ALL APPLICANTS REQUIRED TO COMPLETE AN APPLICATION BEGINNING JAN. 1, 2021.

Se require que todos los solicitantes llenen una aplicación comenzando el día primero de enero del 2021.

We only service the Deming, NM community.

Solamente estamos atendiendo la comunidad de Deming, NM.

- Complete Application/Aplicación Completa
- New Mexico (NM) Driver's License or NM ID/Nuevo Mexico licencia de manejar o Nuevo Mexico forma de identificación
- Utility bill or proof of residence/Copia de cualquier factura de servicio o prueba de residencia
- Proof of income: Employment, Social Security, Pension, Disability, Worker's Compensation, Child support payments, and Unemployment/Prueba de ingreso: empleo, seguridad social, pensión, incapacidad, compensación de trabajadores, pagos de manutención de menores, desempleo, welfare, W.I.C.

THE WELL FOOD PANTRY
FOOD ASSISTANCE APPLICATION
Aplicación Para Asistencia de Alimentos

PLEASE PRINT & WRITE LEGIBLY.

Date/Fecha _____

Escribe en letra de molde.

How did you hear about The Well Food Pantry? _____
 Como se enteró de nuestro programa? _____

 Last Name/APELLIDO First Name/Primer Nombre Name of Spouse/Nombre de esposo/esposa

 Street Address/Dirección de Vivienda City/Ciudad State/Estado Zip Code/Código Postal

 Telephone #/Teléfono Date of Birth/Fecha de Nacimiento Age/Edad

(OFFICE USE ONLY):

<u>Employment/Empleo</u>	<u>Other Assistance/Otro Tipo de Asistencia</u>	<u>Verification of/Verificación</u>
Location: _____	Social Security \$ _____	Identification _____
Lugar de Empleo: _____	Seguro Social \$ _____	Identificación _____
Hours Per Week _____	Pension \$ _____	Family ID (SS Card(s)) _____
Horas por Semana _____	Pensión \$ _____	Tarjetas de SS _____
Hourly Wage _____	Disability \$ _____	Residence _____
Pago por Hora _____	Incapacidad \$ _____	Residencia _____
Monthly Gross Income _____	Other (explain) \$ _____	Income _____
Ingresó Mensual _____	Otros Ingresos o ayuda \$ _____	Ingresos _____
Check Stub _____	Worker's Comp \$ _____	
Talón de Cheque _____	Compensacion de Empleo _____	
Proof of Address/Prueba de Residencia _____		

Others Working/Otros Trabajando

Name: _____	Monthly Gross \$ _____
Nombre: _____	Ingresó Mensual \$ _____
Name: _____	Monthly Gross \$ _____
Nombre: _____	Ingresó Mensual \$ _____
Name: _____	Monthly Gross \$ _____
Nombre: _____	Ingresó Mensual \$ _____
Name: _____	Monthly Gross \$ _____
Nombre: _____	Ingresó Mensual \$ _____

Additional Household Members

<u>Miembros Adicionales</u>	
<u>Name/Nombre</u>	<u>Age/Edad</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Are any other members of your household receiving help from this Food Pantry? Y or N

Hay algún otro miembro de la familia que está recibiendo ayuda de nuestro programa? Sí o No

Income Eligibility Guidelines for SNAP & Financial Assistance

Oct 1, 2020 - Sept 30, 2021

Household Size	Gross monthly income (130% of poverty)	Net monthly income (100% of poverty)
1	\$ 1,383	\$ 1,064
2	\$ 1,868	\$ 1,437
3	\$ 2,353	\$ 1,810
4	\$ 2,839	\$ 2,184
5	\$ 3,324	\$ 2,557
6	\$ 3,809	\$ 2,930
7	\$ 4,295	\$ 3,304
8	\$ 4,780	\$ 3,677
Each additional member	+ \$486	+ \$374

Authorization to release case records, documents, and other pertinent information.

Autorización para publicar expedients de casos, documentos y otra información pertinente.

I authorize the Department of Workforce Services (DWS) to release to THE WELL FOOD PANTRY any records concerning household size, employment, and food stamp use past and present. I hereby designate THE WELL FOOD PANTRY as an authorized representative to review my case record and any other records that any organization may have concerning my case. I understand that by signing this form I am authorizing a release to THE WELL FOOD PANTRY information that is otherwise confidential. I understand by signing this form I hereby relieve said agency of any damages or injury that may result from the release of information.

Autorizo al Departamento de Servicios de la Fuerza de Trabajo (DWS) a divulgar a THE WELL todos los registros relativos a mi al tamaño del hogar, el empleo y el uso de estampillas de alimentos pasado y presente. Por la presente designo a THE WELL como un representante autorizado para revisar mi expediente y cualquier otro registro que cualquier organización pueda tener tocante mi caso. Entiendo que mi firma autoriza acceso a mi información hacia a THE WELL que de otro modo sería confidencial. Entiendo que al firmar este formulario, por lo presente, eximo a dicha agencia de cualquier daño o lesión que pueda resultar de la divulgación de esta información.

The food is accepted "as is." 1. THE WELL FOOD PANTRY and the ORIGINAL DONOR disclaim any implied warranties of merchantability or fitness for a particular use. 2. There have been no expressed warranties to this gift of food. 3. As a client you release both the ORIGINAL DONOR and THE WELL FOOD PANTRY from any reliability resulting from the condition of the donated food and further agree to indemnify and hold THE WELL FOOD PANTRY and the ORIGINAL DONOR free and harmless against all and any damages, liabilities, losses, claims, causes of action and suits of law or in equity or obligation whatsoever rising out of or attributed to any action of said client in connection with it's storage and use of the donated food. 4. You will not sell or offer this food for sale. This is prosecutable by law. We reserve the right to refuse service to anyone.

Como cliente de THE WELL, usted recibirá comida de la despensa durante el año e inspeccionará dicho alimento para determinar si es apto para el consumo humano. También, que 1. Se acepta "como es." 2. THE WELL y el DONANTE ORIGINAL renuncian a cualquier garantía implícita de comerciabilidad o aptitud para un uso particular. 3. No ha habido garantías expresadas a este regalo de comida. 4. Como cliente, usted libera tanto al DONANTE ORIGINAL tanto como a THE WELL de cualquier confiabilidad que resulte de la condición del alimento donada y además acepta indemnizar y mantener libre y libre de responsabilidad a THE WELL y al DONANTE ORIGINAL todos y cualesquiera daños, responsabilidades, pérdidas, reclamaciones, causas de acción y demandas de ley o en equidad o obligación que se levanten fuera o se atribuyan a cualquier acción de dicho cliente en relación con su almacenamiento y uso del alimento donado. 5. Usted no venderá este alimento. Esto es procesable por la ley. Nos reservamos el derecho de rechazar el servicio a cualquier persona.

Client Signature/Firma del Cliente

Date/Fecha

Do NOT print below this line. Office use only. | No imprima debajo de esta línea. Solo para el uso de la oficina.

Date _____

Comments _____

Other related files _____

USDA Nondiscrimination Statement

- In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.
- Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.
- To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

mail: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

fax: (202) 690-7442; or

email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.

USDA Declaración de No Discriminación

- De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.
- Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.
- Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](#), (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

fax: (202) 690-7442; or

correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.