

Proxy Form

DISCLAIMER: Clients are not required to answer all questions to receive food; the only required information is their name, address, and qualifying details. Additional information is optional and will not prevent the designation of a proxy.

This proxy form is for TEFAP CSFP Both

Fields marked with an asterisk (*) are optional

Client Information:

Name: _____ *D.O.B: _____ *Phone Number: _____

*Address: _____ *Apt: _____ Zip Code: _____

Monthly Household Income: _____ Number of household members: _____

Anyone in your household receives 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."

(*CSFP only) Signature: _____ Date: _____

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

This institution is an equal opportunity provider.



Formulario de Poder

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: Los clientes no necesitan responder todas las preguntas para recibir alimentos; la única información requerida es su nombre, dirección e información de calificación. La información adicional es opcional y no impedirá la designación de un proxy.

Este formulario de representación es para: TEFAP CSFP Ambos

Los campos marcados con un asterisco (*) son opcionales.

Información del cliente:

Nombre: _____ *D.O.B: _____ *Número de teléfono: _____

*Address: _____ *Apto: _____ Código Postal: _____

Monthly Ingresos del hogar: _____ Número de miembros del hogar: _____

Alguien en su hogar reciben alguno de estos beneficios (marque todos los que correspondan):

SNAP CSFP Medicaid SSI Comidas Escolares Gratuitas/Reducidas Ninguna

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".

(*CSFP unicamente) Firma: _____ Fecha: _____

Información del apoderado:

Nombre: _____ *D.O.B: _____ *Número de teléfono: _____

*Address: _____ *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.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

