

Formulario de Nuevo Cliente

El Banco de Alimentos de Blaine es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Solo para ingesta:

¿Ha visitado ALGÚN banco de alimentos en el estado de Washington en lo que va del año?

SI ____ NO ____

(Responder a esta pregunta no afecta su recepción de alimentos hoy)

Fecha: _____

Nombre _____

Nombre

Apellido

Año de Nacimiento _____

Dirección _____

Teléfono _____

de miembros del hogar _____

Miembros del hogar:

Nombre
↓

Año de nacimiento
↓

¿Cumple con los requisitos de TFAP (marque uno)? SI NO

Firma _____