

- NEW
- UPDATE

**WISE AREA RELIEF MISSION**  
**TEMPORARY / PANTRY ASSISTANCE DATA SHEET**  
 (TEMPORAL/HOJA DE DATOS DE LA AYUDA DE LA DESPENSA)

Date (Fecha) \_\_\_\_\_

The information supplied below is used by W.A.R.M. in providing assistance. Should you choose not to provide the information requested we will honor your refusal, but we are not obligated to assist you. (La información provista abajo es utilizada por W.A.R.M. en el abastecimiento de esta ayuda. Si usted eligieron no proporcionar la información nos solicitó honra su denegación, pero nos no obligan asistirle.)

**HEAD OF HOUSEHOLD (CABEZA DE FAMILIA)**

Last Name(Apellido) \_\_\_\_\_

First(Primer Nombre) \_\_\_\_\_ M.I.(Inicial ) \_\_\_\_\_

Address(Dirección Casera) \_\_\_\_\_

City(Ciudad) \_\_\_\_\_ County(Condado) \_\_\_\_\_ State(Estado) \_\_\_\_\_

Zip (Código postal) \_\_\_\_\_

Phone (Teléfono) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cell phone(Teléfono móvil) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Date of Birth(Fecha de nacimiento) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

SS # (Seguro Social #) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

D.L. or ID#(Licencia o identificación de conductor #) \_\_\_\_\_

Employer(Empleado) \_\_\_\_\_

City(Ciudad) \_\_\_\_\_

Date Hired(La Fecha Empléó) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Job Description(Descripción de las funciones) \_\_\_\_\_

Salary/Wage(sueldo/salario) \$ \_\_\_\_\_ per(por) \_\_\_\_\_

Previous Employer(Empleado Anterior) \_\_\_\_\_

Date terminated(Fecha terminada) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Reason for Leaving(Razón de irse) \_\_\_\_\_

African American \_\_\_\_\_ American Indian \_\_\_\_\_ Asian \_\_\_\_\_ White \_\_\_\_\_ Hispanic \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_

**Marital Status (Estado Civil):**

Single(Soltería) \_\_\_\_\_ Married(Casado) \_\_\_\_\_ Divorced(Divorciado) \_\_\_\_\_ Separated(Separado) \_\_\_\_\_

Widowed(Viuda) \_\_\_\_\_ Common Law (Ley Común) \_\_\_\_\_

**SPOUSE or SIGNIFICANT OTHER (Esposo)**

Last Name (Apellido) \_\_\_\_\_

First (Primer Nombre) \_\_\_\_\_ M.I. (Inicial ) \_\_\_\_\_

Phone (Teléfono) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cell phone (Teléfono móvil) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Date of Birth (Fecha de nacimiento) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

SS # (Seguro Social #) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

D.L. or ID# (Licencia o identificación de conductor #) \_\_\_\_\_

Employer (Empleado) \_\_\_\_\_

City (Ciudad) \_\_\_\_\_

Date Hired (La Fecha Empléó) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Job Description (Descripción de las funciones) \_\_\_\_\_

Salary/Wage (sueldo/ salario)\$ \_\_\_\_\_ per (por) \_\_\_\_\_

Previous Employer (Empleado Anterior) \_\_\_\_\_

Date terminated (Fecha terminada) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Reason for Leaving (Razón de irse) \_\_\_\_\_

African American \_\_\_\_\_ American Indian \_\_\_\_\_ Asian \_\_\_\_\_ White \_\_\_\_\_ Hispanic \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_

**OTHER HOUSEHOLD MEMBERS.**

**DO NOT INCLUDE THOSE LISTED ABOVE**

(OTROS Miembros De la Casa. No incluya éstos enumerados arriba.)

<b>Name (Last, First)</b> Nombre (Pasado, Primer)	<b>Date of Birth</b> (Fecha de nacimiento)	<b>Relation to you</b> (Relación a usted)	<b>Social Security #</b> (Seguridad Social #)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**HOUSEHOLD RESOURCES:**

Type of Transportation (Tipo de Transportacion): \_\_\_\_\_

Social Support (Relatives/Church/Friends) (Suporto Social): \_\_\_\_\_

Other (Otro): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ASSISTANCE REQUESTED:**

Needs (Nesecidades): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Reasons (Razo): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**HOUSEHOLD BUDGET** (PRESUPUESTO DE LA CASA):

**Complete both columns to the best of your knowledge** (termine ambas columnas al mejor de su conocimiento)

<b>MONTHLY INCOME</b> (INGRESO MENSUAL)	<b>AMOUNT</b> (cantidad)
Salary/Wages (Sueldo)	
Unemployment (Paro)	
Odd Jobs (Otros Trabajos)	
Social Security (Seguro Social)	
SSI/Disability (Ingreso Por Impedimento Fisico)	
Workers Comp (Compensacion del Trabajador)	
Child Support Rec'd (Sostenimiento Para Ninos Recibido)	
Food Stamps (Estampias Para Comida)	
W.I.C.	YES or NO
T.A.N.F.	
Pension/Retirement (Pension/Retiro)	
Rental Income	
Oil/Gas Royalties (Aceite/Dinero de Gas)	
Interest Income (Cuenta Bancaria Con Intereses)	
<b>TOTAL INCOME (INGRESO TOTAL)</b>	

<b>MONTHLY EXPENSES</b> (GASTOS MENSUALES)	<b>AMOUNT</b> (cantidad)
Rent / Mortgage (Renta / Hipoteca)	
Home Insurance (Seguro de Casa)	
Child Support (Sostenimiento Para Ninos Pagado)	
Utilities (Utilidades)	
Telephone (Telefono)	
Medical Expenses (Gastos Medicos)	
Medical Insurance (Seguro Médico)	
Food (Comida)	
Clothing (Ropa)	
Car Payment (Pago de Carro)	
Car Insurance (Seguro de Carro)	
Car Gasoline ( Gasolina de Carro)	
Monthly Debt Repay (Deudas Mensuales)	
Misc. Expenses (Otras Cosas)	
<b>TOTAL EXPENSES (GASTOS TOTAL)</b>	

The information provided on this form is correct to the best of my knowledge. I agree to not hold W.A.R.M. responsible for the outcome of any assistance received from W.A.R.M. or agencies referred by W.A.R.M. I understand W.A.R.M. reserves the right to refuse service if any of the following apply:

(La información proporcionó en esta forma está correcta al mejor de mi conocimiento. Acuerdo no sostener W.A.R.M. responsable del resultado de cualquier ayuda recibida de W.A.R.M. o las agencias se refirieron por W.A.R.M. Entiendo reservas de W.A.R.M. la derecha de rechazar servicio si cualquiera del siguiente se aplica:)

1. Client is perceived to be incapable of conducting business. Examples: substance abuse involved, violent outbursts, verbal and physical confrontations.  
(Perciben al cliente para ser incapaz de negocio que conduce. Ejemplos: confrontaciones implicadas, violentas del abuso de la sustancia de los arrebatos, verbales y físicas.)
2. Falsification of documentation and/or information written or verbal for the purpose of obtaining assistance. Examples: false identification/alias names, exaggeration of family size, false address, misrepresentation of previous or current assistance, or duplicating assistance received or being received from other agencies.  
(Falsificación de la documentación y/o de la información escritas o verbales con el fin de obtener ayuda. Ejemplos: nombres falsos de identification/alias, exageración del tamaño de la familia, dirección falsa, mala representación de la ayuda anterior o actual, o de la ayuda que duplica recibida o que es recibida de otras agencias.)

**I agree that food may not be given to my family more than once every 30 days.**

**CONVENGO QUE NO PUEDEN DAR A ALIMENTO A MI FAMILIA MÁS QUE UNA VEZ cada 30 días**

\_\_\_\_\_  
Signature of Head of Household  
(Ma de engargo del hogar)

\_\_\_\_\_  
Date  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
Signature of W.A.R.M. Representative

\_\_\_\_\_  
Date

**Texas Commodity Assistance Program (TEXCAP)**

**Programa de Texas de Asistencia con Productos Básicos (TEXCAP)**

**Household Application for  
USDA Donated Commodities**

**Solicitud de productos  
básicos donados por el USDA**

**Section I — Application (to be completed by the household member)**

**Sección I. Solicitud (debe llenarla un miembro de la unidad familiar)**

By signing below, I certify that: (1) I am a member of the household living at the address provided in Section II and that, on behalf of the household, I apply for USDA-donated commodities that are distributed through the Texas Commodity Assistance Program, (2) all information provided to the agency determining my household's eligibility is, to the best of my knowledge and belief, true and correct, and (3) if applicable, the information provided by the household's "Authorized Representative" (as named below or as authorized on a separate page) is also, to the best of my knowledge and belief, true and correct.

Al firmar a continuación, certifico que: (1) soy miembro de la unidad familiar que vive en la dirección que se da en la Sección II, y que solicito en nombre de la unidad familiar los productos básicos donados por el Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) y distribuidos por el Programa de Texas de Asistencia con Productos Básicos, (2) toda la información que le he dado al departamento que determinará si mi unidad familiar llena los requisitos del programa, es, a mi leal saber y entender, verdadera y correcta y (3) si es pertinente, la información presentada por el "representante autorizado" de la unidad familiar (como se asigna abajo o como se autoriza en otra hoja) también es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
Signature—Household Member  
Firma del miembro de la unidad familiar

\_\_\_\_\_  
Date/Fecha

**Person authorized to act on behalf of household (optional)/**  
Persona autorizada para actuar en nombre de la unidad familiar (opcional):

**Name of Authorized Representative/**  
Nombre del representante autorizado

**Address of Authorized Representative/**  
Dirección del representante autorizado

**Nondiscrimination:**

**In accordance with federal law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability.**

To file a complaint of discrimination, write USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 or call 1-800-795-3272 or 1-202-720-6382 (TTY). USDA is an equal opportunity provider and employer.

Declaración de No-Discriminación. Esto explica qué hacer si usted cree que se le ha tratado injustamente. De acuerdo con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultura, está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad.

Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al 202-720-5964 (voz y TDD). USDA no discrimina en sus programas y empleo.

**Section II — Household Information (to be completed by the household member/authorized representative OR the recipient agency that is determining eligibility)**

**Sección II. Información sobre la unidad familiar (debe llenarla un miembro de la unidad familiar, el representante autorizado O la agencia beneficiaria que determinará la elegibilidad.**

<b>Name of Household Member/</b> Nombre del miembro de la unidad familiar	<b>Number of Household Members/</b> Número de miembros de la unidad familiar
<b>Residence/Mailing Address/Domicilio o dirección postal</b>	
<b>Household receives other assistance?/¿Recibe la unidad familiar otra asistencia? .....</b> <input type="checkbox"/> <b>Yes/Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <b>If "Yes," what type of assistance?/Si contesta "Sí", ¿qué tipo de asistencia?</b> <input type="checkbox"/> <b>Temporary Assistance to Needy Families (TANF)/</b> Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF) <input type="checkbox"/> <b>Food Stamps/</b> Estampillas para Comida <input type="checkbox"/> <b>SSI/</b> SSI <input type="checkbox"/> <b>Medicaid/</b> Medicaid	
<b>Total gross income* (the amount before deductions) of all household members is:/</b> <b>Ingresos totales brutos* (la cantidad antes de las deducciones) de todos los miembros de la unidad familiar son:</b> \$ _____ <input type="checkbox"/> <b>Per Year/</b> Por año <input type="checkbox"/> <b>Per Month/</b> Por mes <input type="checkbox"/> <b>Per Week/</b> Por semana	

\* Farmers and self-employed persons may report NET income (the amount after expenses).

\* Los agricultores y las personas que trabajan por cuenta propia pueden anotar los ingresos NETOS (la cantidad después de restar los gastos).

**Section III — Temporary Emergency Food Need** (to be completed by the recipient agency **only if the household is determined ineligible on the basis of Section II information**)

Is the household in need of temporary, emergency food assistance? .....  Yes  No

**Section IV — Recipient Agency Documentation** (to be completed by the recipient agency)

- Household is INELIGIBLE** (Explain the reason for ineligibility in the Comments section below.)
- Household is ELIGIBLE based on:**
  - Low Income** (Enter Certification Period below; sign and date the form at the bottom.)
  - Emergency Food Need** (Describe emergency need in Comments section; enter Certification Period; sign and date the form.)
  - Receipt of TANF** (Enter Certification Period; sign and date the form.)
  - Receipt of Food Stamps** (Enter Certification Period; sign and date the form.)
  - Receipt of SSI** (Enter Certification Period; sign and date the form.)
  - Receipt of Medicaid** (Enter Certification Period; sign and date the form.)

**Certification Period:**

Beginning (Month/Year)	Ending (Month/Year)
------------------------	---------------------

**Comments:**

\_\_\_\_\_  
Signature—Recipient Agency Official

\_\_\_\_\_  
Date