

**2018 HRFP CLIENT APPLICATION**  
**SOLICITUD DEL CLIENTE PARA 2018 HRFP**

LAST NAME APELLIDO:				
FIRST NAME NOMBRE:				
STREET DIRECCIÓN:				
CITY CIUDAD:	STATE ESTADO:	VA	ZIP CODE CÓDIGO POSTAL	
PHONE 1 TELÉFONO 1		PHONE 2 TELÉFONO 2		
EMAIL: CORREO ELECTRÓNICO				

Food may only be picked up by the applicant with a valid ID. An "Alternate Pick Up" application form is available and must be reviewed and approved by the Board of the HRFP or authorized representative.

Los alimentos sólo pueden ser recogidos por el solicitante con una identificación válida. Un formulario de solicitud de "Recogida Alternativa" está disponible y debe ser revisado y aprobado por la Junta de la HRFP o representante autorizado.

Government Issued ID ID expedido por el gobierno:	<input type="checkbox"/> Driver's License Licencia de conducir	<input type="checkbox"/> Passport Pasaporte	<input type="checkbox"/> Other: _____ Otro
--	---	--	---

**\*\*If address does not match ID, provide copy of utility bill or lease with current address.\*\***

**\*\* Si la dirección no coincide con la ID, proporcione una copia de la factura o contrato de arrendamiento con la dirección actual \*\***

List any dietary restrictions (Enumerar las restricciones dietéticas): \_\_\_\_\_

**LIST HOUSEHOLD Members including yourself. LISTE A LOS MIEMBROS QUE VIVEN EN SU HOGAR incluyendo usted mismo.**

NAME / NOMBRE (LAST NAME, FIRST NAME) / APELLIDO, PRIMER NOMBRE	BIRTHDATE (MM/DD/YYYY) FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	AGE / EDAD	SEX SEXO	RELATIONSHIP RELACIÓN
1)				SELF / USTED
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				
8)				
9)				
10)				

SUMMARY OF HOUSEHOLD DATA: AGES: 0-18 YRS: \_\_\_\_\_ 19-64 YRS: \_\_\_\_\_ 65+ YRS: \_\_\_\_\_  
RESUMEN DE DATOS DEL HOGAR: EDADES 0-18 AÑOS 19-64 años 65+ años



Last Name: \_\_\_\_\_  
Apellido

*\*Please Print Clearly / Por Favor Imprima Claramente*

**BY SIGNING THIS DOCUMENT, I UNDERSTAND/AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO, ENTIENDO:**

1. Falsifying information on this application may make me ineligible to receive services provided by HRFP;  
Información falsificativa sobre esta solicitud puede hacer ineligible recibir servicios proporcionados por HRFP;
2. Inappropriate behavior and profane comments may also result in suspension or termination of service;  
Comportamiento inapropiado y comentarios profaneos pueden también resultar en suspensión o en cierre de servicio;
3. Under no circumstances will HRFP serve anyone intoxicated or under the influence of illegal drugs;  
Bajo ninguna circunstancia, HRFP servirá a cualquier persona intoxicada o bajo la influencia de drogas ilegales;
4. I may receive an HRFP food distribution no more than once a week.  
Puedo recibir una distribución alimentaria de HRFP no mas de una vez una semana.
5. I agree that the HRFP may contact me via email or phone to share HRFP related information.  
Estoy de acuerdo en que el HRFP puede ponerse en contacto conmigo por correo electrónico o por teléfono para compartir la información relacionada con el HRFP. :

**BY SIGNING THIS DOCUMENT, I CERTIFY THAT THE INFORMATION I HAVE PROVIDED ON THIS APPLICATION IS TRUE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE.**

**AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO, CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO EN ESTA SOLICITUD ES VERDADERA AL MEJOR DE MI CONOCIMIENTO.**

**PRINT NAME:** \_\_\_\_\_  
**NOMBRE DE IMPRESSION**

**SIGNED:** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_  
**FIRMA** **FECHA**

**For HRFP Administrative Use:**

- CAPTAINS:**
- 1) Review form to ensure it is complete and confirm the ID Type.
  - 2) Confirm the Zip Code of the Client Address is within the 2018 Service Area
  - 3) If a new Client is not yet in computer, enter dates of pick up here:

Pick Up / Recibido: \_\_\_\_\_ Pick Up / Recibido: \_\_\_\_\_

Pick Up / Recibido: \_\_\_\_\_ Pick Up / Recibido: \_\_\_\_\_

Pick Up / Recibido: \_\_\_\_\_ Pick Up / Recibido: \_\_\_\_\_