

**2023 PROGRAMA BANCO DE PAÑALES  
FORMA DE INFORMACION FAMILIAR**

**Socio Comunitario/Agencia:** Metropolitan Detroit Diaper Bank

**Nombre del solicitante:** \_\_\_\_\_

**Condado de residencia:** \_\_\_\_\_

INFORMACION DE LOS NIÑOS Menores de 36 MESES				Para uso de la oficina solamente <b>ARTICULOS RECIBIDOS</b>		
Nombre del niño/a	Fecha de nacimiento	Edad	Talla de pañal	Pañales	Toallitas	Crema

**CERTIFICACION (REQUISITO)**

*Declaro bajo pena de perjurio que los datos anteriores de los ingresos de mi hogar son verdaderos, correctos, precisos y completos en todos los aspectos. Entiendo que proporcionar información falsa, incompleta o inexacta en los formularios de solicitud puede resultar en la terminación de la participación en el programa y posible responsabilidad penal.*

**Firma del solicitante** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Por favor indique a continuación qué programa se aplica a su hogar (marque todo lo que corresponda):**

- Beneficiario actual (en los últimos 12 meses) de cualquiera de los siguientes:
  - Programa de Asistencia Alimentaria/Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
  - Programa de Independencia Familiar
  - Alivio de emergencia estatal
  - Climatización
  - Asistencia de subvenciones en bloque para servicios comunitarios
  - Programa de Asistencia para Hogares de Bajos Ingresos (LIHAP)
  - Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- En o por debajo del 200% del Nivel Federal de Pobreza (FPL)
- Inscripción actual en otro programa no mencionado anteriormente con un requisito de elegibilidad de ingresos igual o inferior al 200 % del FPL – Nombre del programa: \_\_\_\_\_



Los formularios completados deben enviarse mensualmente a la Agencia de Acción Comunitaria principal que administra los fondos.