

Service Reporting Form

Nombre de Agencia: _____

Fecha de Distribución: _____

Marcando la casilla 'TEFAP ATTESTATION', usted está confirmando que ha leído y entendido el TEFAP/USDA requisitos de elegibilidad de alimentos y que su hogar califica según las pautas de ingresos y/o son categóricamente elegibles. (Comuníquese con Feeding Westchester para obtener información adicional y actualizaciones.)

# De Hogares	NOMBRE Y FIRMA DEL CLIENTE		# De Personas en el Hogar			T P N o e ú t r m a s e l o r D a e s	TEFAP ATTEST- ATION
	APELLIDO, NOMBRE, DIRECCIÓN DE CASA	FIRMA	# De Niños	# De Adultos (18-59)	# De Personas Mayores (60+)		
			TOTALES:				

HOGAR TOTAL: _____