

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			P e r s o n a s	TEFAP ATTEST- ATION
	APELLIDO, NOMBRE	FIRMA (OPCIONAL)	# De Niños	# De Adultos (18-59)	# de Personas Mayores (60+)		
			<b>TOTALES:</b>				

**HOGAR TOTAL:** \_\_\_\_\_

Página \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

FW 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.)

Hogares	CLIENT NAME		# De Personas en el Hogar			T P N ú t r ú m a s e l o n o D a e s
	APELLIDO, NOMBRE, DIRECCIÓN DE CASA	FIRMA	# De Niños	# De Adultos (18-59)	#De Personas Mayores (60+)	
1						0
2						0
3						0
4						0
5						0
6						0
7						0
8						0
9						0
10						0
11						0
12						0
13						0
14						0
15						0
16						0
17						0
18						0
19						0
20						0
21						0
22						0
23						0
24						0
25						0
26						0

F

27						0
28						0
29						0
30						0
31						0
32						0
33						0
34						0
35						0
36						0
37						0
38						0
39						0
40						0
41						0
42						0
43						0
44						0
45						0
46						0
47						0
48						0
49						0
50						0
51						0
52						0
53						0
54						0
55						0
56						0
57						0
58						0
59						0
60						0
61						0
62						0
63						0

64						0
65						0
66						0
67						0
68						0
69						0
70						0
71						0
72						0
73						0
74						0
75						0
76						0
77						0
78						0
79						0
80						0
81						0
82						0
83						0
84						0
85						0
86						0
87						0
88						0
89						0
90						0
91						0
92						0
93						0
94						0
95						0
96						0
97						0
98						0
99						0
100						0

101						0
102						0
103						0
104						0
105						0
106						0
107						0
108						0
109						0
110						0
111						0
112						0
113						0
114						0
115						0
116						0
117						0
118						0
119						0
120						0
121						0
122						0
123						0
124						0
125						0
126						0
127						0
128						0
129						0
130						0
131						0
132						0
133						0
134						0
135						0
136						0
137						0

138						0
139						0
140						0
141						0
142						0
143						0
144						0
145						0
146						0
147						0
148						0
149						0
150						0
151						0
152						0
153						0
154						0
155						0
156						0
157						0
158						0
159						0
160						0
161						0
162						0
163						0
164						0
165						0
166						0
167						0
168						0
169						0
170						0
171						0
172						0
173						0
174						0

175						0
176						0
177						0
178						0
179						0
180						0
181						0
182						0
183						0
184						0
185						0
186						0
187						0
188						0
189						0
190						0
191						0
192						0
193						0
194						0
195						0
196						0
197						0
198						0
199						0
200						0
201						0
202						0
203						0
204						0
205						0
206						0
207						0
208						0
209						0
210						0
211						0

212						0
213						0
214						0
215						0
216						0
217						0
218						0
219						0
220						0
221						0
222						0
223						0
224						0
225						0
226						0
227						0
228						0
229						0
230						0
231						0
232						0
233						0
234						0
235						0
236						0
237						0
238						0
239						0
240						0
241						0
242						0
243						0
244						0
245						0
246						0
247						0
248						0



249						0
250						0
251						0
252						0
253						0
254						0
255						0
256						0
257						0
258						0
259						0
260						0
261						0
262						0
263						0
264						0
265						0
266						0
267						0
268						0
269						0
270						0
271						0
272						0
273						0
274						0
275						0
276						0
277						0
278						0
279						0
280						0
281						0
282						0
283						0
284						0
285						0

286						0
287						0
288						0
289						0
290						0
291						0
292						0
293						0
294						0
295						0
296						0
297						0
298						0
299						0
300						0
<b>TOTALES:</b>			<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**Nombre de Agencia:**

**Agencia #:**

**Fecha de Distribución:**

**Total Servido:**

<b>Total Niños:</b>	<b>0</b>
<b>Total Adultos:</b>	<b>0</b>
<b>Total Personas Mayores:</b>	<b>0</b>
<b>Total Clientas:</b>	<b>0</b>

<b>Total Hogares:</b>	<b>0</b>
-----------------------	----------