

# ROCORI Area Food Shelf

## *Solicitud para Ayuda de Emergencia*

Cabeza del hogar: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: M F Raza: \_\_\_\_\_ Latino: Yes No

Dirección de calle: \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: MN Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: Stearns Teléfono : \_\_\_\_\_

### **Otros Miembros de la Familia**

<u>Nombre</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Sexo</u>	<u>Raza</u>	<u>Relación con usted</u>
_____	_____	M F	_____	_____
_____	_____	M F	_____	_____
_____	_____	M F	_____	_____
_____	_____	M F	_____	_____
_____	_____	M F	_____	_____
_____	_____	M F	_____	_____
_____	_____	M F	_____	_____

¿¿Qué necesidades de emergencia tiene usted que ROCORI Area Food Shelf le puede ayudar con en este momento?

---

---

### **Datos Aviso / Tennesen Privacidad Advertencia**

Usted tiene derechos bajo la Ley de Prácticas de Datos Gobierno Minnesota. Esta Ley Protégé su privacidad. Le estamos pidiendo información para que pueda: decirle aparte de otras personas con un nombre similar, y decidir si usted puede recibir servicios de nosotros y qué o cuánto usted puede conseguir.

Generalmente, no es necesario que nos dé la información. Sin embargo, si usted no da es la información, es posible que no pueda ayudarte. La ley permite que se comparta su información con el personal del Departamento de Servicios Humanos y de segunda Heartland Harvest y otros que pueden estar autorizado para ver la información para hacer su trabajo.

Usted también tiene el derecho de recibir copias de la información que tenemos sobre usted. Si usted no entiende la información, es posible que se lo expliquen a usted. Si usted no cree que la información sea exacta o completa, puede oponerse por escrito al director del Banco de Alimentos. Para más información no cómo hacerlo, pida a la persona del personal que trabaja con usted. Entiendo que esta declaración de privacidad de datos expirará un (1) año después de que la haya firmado.

\_\_\_\_\_  
Nombre (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha