



For office use only –

Date Received: \_\_\_\_\_ Approved: \_\_\_\_\_

Declined due to: \_\_\_\_\_

Distribution Site: \_\_\_\_\_ NC SC

### Brown Bag Program Application

Thank you for applying to the Brown Bag Program. In order to qualify as a recipient, each applicant must be **over 60 years old** and **must self-certify** that they make below the following Emergency Food Assistance Program (EFAP) Maximum Income Guidelines listed below.

Name(s): \_\_\_\_\_ Birthdate(s): \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ Gender: M / F

Monthly household income of Applicant(s): \$ \_\_\_\_\_ Are you the head of the Household? YES NO

Ethnicity (Circle all that applies): African American American Indian Asian Caucasian  
Latino Pacific Islander Other: \_\_\_\_\_

Local Emergency Contact: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

I verify that all the information provided is true and promise to adhere to the following guidelines **(please read and initial each of the following items)**:

\_\_\_\_ I agree that my household income does not exceed monthly EFAP Income Guidelines.

**EFAP Maximum Income Guidelines are: Individual - \$1,471.25 Couple - \$1,991.25**

\_\_\_\_ I agree that I will not receive food from any other USDA Food Distribution agencies.

\_\_\_\_ I agree to inform the Foodbank of change to my personal contact information.

\_\_\_\_ I understand it is my responsibility to pick up my Brown Bag at my assigned distribution site unless other arrangements have been made.

\_\_\_\_ I will inform the Foodbank if I will be out of town or otherwise unable to receive my Brown Bag **minimum 48 hours prior** to the next distribution. I understand that after 3 missed pickups, I will be dropped from the program and must apply again.

By signing this agreement, I understand that by not complying with the guidelines listed that it will result in the consequences listed.

\_\_\_\_\_  
Signature of Applicant

\_\_\_\_\_  
Date

**Please return application to: Foodbank of Santa Barbara County Attn: Brown Bag Program  
4554 Hollister Ave | Santa Barbara, CA 93110 | PH 805.967.5741x102 | FX 805.683.4951**



Para uso oficial –

Fecha Recibida: \_\_\_\_\_ Aprobado: \_\_\_\_\_

No aprobado debido a: \_\_\_\_\_

Centro de distribución: \_\_\_\_\_ NC SC

## Solicitud para participar en el “Programa Brown Bag”

Gracias por solicitar su participación en el Programa Brown Bag. Para ser elegible cada solicitante deberá tener **60 años o más** y **auto-certificar** que su ingreso mensual no excede los límites de ingreso máximo establecidos para el Programa de Ayuda para Alimentos de Emergencia (EFAP), como se indica más abajo.

Nombre(s): \_\_\_\_\_ Fecha(s) de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléf: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Sexo: M / F

Ingreso(s) mensual familiar: \$ \_\_\_\_\_ ¿Es el jefe de su unidad familiar? SÍ NO

Raza/Etnia (Circule todos los que correspondan): Afroamericano Indio americano Asiático  
Caucasiano Latino Isleño del Pacífico Otro: \_\_\_\_\_

Contacto local para emergencias: \_\_\_\_\_ Teléf. \_\_\_\_\_

Confirmando que toda la información que incluyo es verdadera y prometo que cumplo con lo establecido a continuación (**por favor, lea y escriba sus iniciales en cada uno de los incisos siguientes**):

\_\_\_ Estoy de acuerdo que el ingreso de mi núcleo familiar no excede el límite mensual de EFAP.

**El límite máximo de ingreso mensual de EFAP es: Individuo - \$1,471.25 Pareja - \$1,991.25**

\_\_\_ Estoy de acuerdo que no recibo alimentos de otras agencias de distribución de la USDA.

\_\_\_ Estoy de acuerdo en informarle a Foodbank cualquier cambio que haya en la información de contacto.

\_\_\_ Entiendo que es mi responsabilidad recoger mi bolsa de alimentos en el sitio de distribución asignado a no ser que se haya acordado de otra manera.

\_\_\_ Le informaré al Foodbank si no estaré en casa o si no podré recibir mi bolsa de alimentos, con **mínimo de 48 horas antes** de la próxima distribución. Entiendo que después de perder 3 distribuciones, ya no formaré parte del programa y tendré que hacer una nueva solicitud.

Al firmar este acuerdo, entiendo que si no cumplo con lo establecido arriba me atenderé a las consecuencias mencionadas.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Entregue su solicitud a: Foodbank of Santa Barbara County Attn: Brown Bag Program  
4554 Hollister Ave | Santa Barbara, CA 93110 | PH 805.967.5741x102 | FX 805.683.4951**