

FORMULARIO DE PODER - Representate



Nombre de cliente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Código Postal: _____ Teléfono: _____

Programa: TEFAP CSFP Despensa Móvil

Yo declaro a _____ (nombre de representante)
para servir como mi representante para llenar y firmar documentos,
proporcionar requisitos de elegibilidad, y recoger mi comida del programa:

_____.

Al firmar este formulario usted está de acuerdo que su nombre y datos entren a nuestro sistema en línea Link2Feed. Su información puede ser vista por asociados de Food Bank of the Rockies para poder mejor servir nuestra comunidad. Respetamos la privacidad de sus datos. Si desea que sus datos sean borrados por favor comuníquese por correo electrónico a:

L2F@foodbankrockies.org.

Firma de cliente: _____ Fecha: _____

Firma de representante: _____ Fecha: _____

Completado por Agencia

Check all that apply:

- New Client (Client application must be attached)
- Renewal
- Mobile Pantry

Renewal Period**: _____ To: _____
Today's Date (month/year) 1 year from today's date (month/year)

****MP clients must designate a proxy for each distribution, no exceptions****