

Banco de Alimentos del Noroeste de Arkansas
Paquete de Solicitud de Asociación
1378 June Self Drive, Springdale, AR 72764
Contacto: Gerente de Relaciones con Agencias
Katie Lausin – 479-770-7296
katie.lausin@nwafoodbank.org

¡Gracias por su interés en asociarse con el Banco de Alimentos del Noroeste de Arkansas! Adjunto esta un paquete de solicitud que proveerá el Banco de Alimentos del Noroeste de Arkansas con información sobre su organización y todas las formas en que lucha contra el hambre en su comunidad. Le recomendamos que lea atentamente el paquete de solicitud para determinar si su organización cumple con los requisitos de convertirse en una agencia asociada. Por favor, complete todas las paginas y incluya todos los documentos requeridos para presentar su aplicación.

El Banco de Alimentos del Noroeste de Arkansas recibe muchas solicitudes de asociación cada mes, y no podemos garantizar que cada solicitante sea aceptado como agencia asociada. El proceso de aprobación puede tardar 3-5 semanas a partir del momento en que el Banco de Alimentos del Noroeste de Arkansas reciba su solicitud. Sepa que el envío de esta solicitud no garantiza una asociación.

Si su solicitud es aprobada, una revisión in sitio será conducida por el personal del Banco de Alimentos del Noroeste de Arkansas. Una vez completada y aprobada por el personal del Banco de Alimentos del Noroeste de Arkansas, se enviará un Acuerdo de Asociación oficial a su agencia para comenzar el proceso de incorporación.

El proceso de aprobación incluye varios factores, entre los que se incluyen, pero no están limitados de: modelo de servicio, área geográfica con servicios insuficientes, poblaciones especiales asistidas, múltiples agencias en la misma comunidad, sostenibilidad financiera y colaboración comunitaria, entre más.

Elegibilidad de la Asociación

- Tiene que ser reconocida por el IRS como una organización sin lucro de la forma 501(c)3 o tiene una asociación oficial con una organización basada en la fe
- Tiene que proveer documentación de su presupuesto operacional
- No debe cobrar por alimentos, ser reembolsados, compensados, o requiere servicios a cambio de alimentos
- Tiene que tener almacenamiento adecuado para alimentos. El almacenamiento de alimentos y preparación de comida tiene que estar en un lugar comercial
- Tiene que garantizar que los clientes sean tratados con respeto y dignidad
- No debe exigir ni dar a entender que los clientes se sometan a ningún tipo de actividad para recibir asistencia alimentaria (por ejemplo, registrarse para empleo, práctica religiosa, o consejería)
- Tiene que tener una capacidad y disposición para acceder y presentar informes a través del internet
- Tiene que ordenar un mínimo de \$500 de producto entre un año calendario (enero-diciembre)

Política de No Discriminación

Los socios de la agencia no pueden negarle a nadie el acceso a los productos alimenticios por motivos de raza, color, ciudadanía, religión, sexo, origen nacional, ascendencia, estado civil, estado familiar o paterno, discapacidad, orientación sexual, incluida la identidad de género, baja desfavorable del ejército o estado como veterano protegido, o puntos de vista políticos y otras ideologías.

Muchas de nuestras agencias asociadas se encuentran en y/o están apatrocinados por organizaciones basada en la fe. Por favor, reconozca y asegúrese que actividades religiosas NO:

- Discriminan contra clientes debido a su fe o creencia religiosa
- Requiere o pide que clientes asistir a un culto, servicio, o reunión (religiosa o no) o pedir participación en cualquier actividad religiosa (ejemplos, oración, enseñanza religiosa, etc.)
- Hacer preguntas relacionadas con la afiliación religiosa o las creencias en el formulario de admisión del cliente

Lista de Comprobación de Envío

Estos documentos son requeridos como parte de su solicitud. Su solicitud no será considerada hasta que tengamos todos los documentos listados abajo.

- Una solicitud de Asociación del Banco de Alimentos del Noroeste de Arkansas
- Una copia de la carta 501(c)3 del IRS o una forma calificadora de la iglesia
- Una copia de los ingresos y gastos de su organización relacionados a su programa de alimentos pedido en la solicitud
- Una copia de la/s forma/s de ingreso y gasto de su organización
- Ejemplos de folletos o otra media con información sobre su organización
- Una vez completada, envíe un correo electrónico con su solicitud de asociación completada al Gerente de Relaciones con Agencias
 - Caroline Grage: caroline.grage@nwafoodbank.org

Solicitud de Asociación

Nombre de la Agencia:

Dirección de la Agencia:

Ciudad: _____ Condado: _____ Código Postal:

Dirección Postal (si es diferente):

Ciudad: _____ Condado: _____ Código Postal:

Numero de Teléfono del Sitio: _____

Correo electrónico del Sitio:

Sitio de Web o Pagina de Facebook:

Coordinador/a del programa de alimentos:

Correo electrónico:

Numero de Teléfono de la Oficina: _____ Numero de Celular:

Director/a de la Agencia:

Correo electrónico:

Numero de Teléfono de la Oficina: _____ Numero de Celular:

¿Cuál es el propósito de su organización?

¿Como se enteró del Banco de Alimentos del Noroeste de Arkansas?

Información Organizacional

Elija uno:

- Agencia sin lucro definido por sección 501(c)3 del código de impuestos del IRS para organizaciones exentas de impuestos. Adjunte una copia de la carta, en un membrete del IRS, que indica en algún lugar en el cuerpo del texto que la agencia esta “exenta bajo la sección 501(c)3 del código de impuestos federales
- Una organización basada en la fe, que cumple con los requisitos de la definición del IRS de una iglesia.

Chequea el tipo de Programa de Alimentos que su Agencia opera:

- Despensa de Comida
- Programa de Alimentación del Sitio
- Otro:

—

¿Cuánto tiempo ha estado existiendo su agencia?

Describa sus capacidades actuales de almacenamiento de alimentos (cantidad, tamaño, etc.)

Almacenamiento en Seco (estantería, etc.):

Numero de refrigeradores/enfriadores:

Paseo: _____ Vertical: _____ Combo Domestico: _____

Numero de Congeladores:

Paseo: _____ Vertical: _____ Baúl: _____

¿Su instalación actual permite la creación de capacidad?

¿Trabaja con una Empresa Autorizada de Control de Plagas para eliminar las plagas no deseadas? SI o NO

¿Si es así, con qué frecuencia prestan servicio a sus instalaciones?

Si no, describa el proceso de control de plagas de sus organizaciones:

¿Alguno de sus empleados o voluntarios tiene una licencia de manipulador de alimentos?

SI o NO

¿Si es así, quien proporciono la licencia?

Describe cualquier otro servicio o programa que su organización proporcione a los clientes (Ejemplo: SNAP, ropa, asistencia de servicios públicos, cuidado de niños, referencias de trabajo, etc.)

¿Cuáles son sus metas en solicitar una asociación?

Si se identifica como una Despensa de Alimentos, por favor llene la siguiente información:

Despensa de Alimentos

¿Cuál es la mejor manera de describir su método de distribución?

- Elección del Cliente: Estilo de Marcado, donde los clientes autoselecciona, quita y empaca cosas, sea por si mismos o con asistencia voluntaria
- Elección de Cliente Parcial: Cliente selecciona cosas de una lista y voluntarios empacan las bolsas
- Elección de Cliente Parcial: Cliente selecciona alimentos de estantes y voluntarios empacan las bolsas
- Bolsas empacadas antes
- Otro (por favor describa):

¿Cuál es el numero promedio de hogares atendidos cada mes?

Menos que 25

26 – 75

76 – 150

150+

¿Mantiene registros de los hogares servidos? SI o NO

¿En caso afirmativo, cuanto tiempo se guaran esos registros?

Indique los días/horas cuando su agencia esta abierta para servir clientes:

	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1ra Semana							
2da Semana							
3ra Semana							
4ta Semana							
5ta Semana							

En donde publique sus días/horas (Ejemplo, puerta principal, las redes sociales, etc.)?

¿Cuánto personal remunerado y voluntarios tiene en el lugar cuando sirve a los clientes?

Personal Remunerado: _____ Voluntarios: _____

Si se identifica como una Programa de Alimentación en Sitio, por favor llene la siguiente información:

Programa de Alimentación en Sitio

¿Qué método de distribución describe mejor su programa de alimentación?

- Albergue
- Hogar de Niños
- Plato Comunitario
- Comida Móvil
- Centro de Ancianos
- Salud Mental
- Centro de Recuperación de Sustancias
- Otro: _____

¿Cuál es el numero promedio de personas atendidos cada mes?

Menos que 25

26 – 75

76 – 150

150+

¿Mantiene registros de personas servidos? ¿Si o No?

¿En caso afirmativo, cuanto tiempo se guaran esos registros?

Indique los días/horas cuando su agencia está abierta para servir clientes:

	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1ra Semana							
2da Semana							

3ra Semana							
4ta Semana							
5ta Semana							

¿Cuánto personal remunerado y voluntarios tiene en el lugar cuando sirve a los clientes?

Personal Remunerado: _____ Voluntarios: _____

Identificando Necesidades Comunitarias Insatisfechos

Es importante que la red de las agencias asociadas del Banco del Noroeste de Arkansas trabaje junta para asegurar que las necesidades de los individuos aquejadas de inseguridad alimentaria se satisfagan plenamente. Alentamos a nuestra red de agencias asociadas a colaborar en el servicio de la comunidad.

¿Como se ve la pobreza en su comunidad?

¿Como colabora o trabaja su organización con otros servicios sociales o programas comunitarios para satisfacer las necesidades de sus clientes?

Certifico que esta información es verdadera y completa

Nombre impreso del/a Coordinador/a del programa de alimentos

Firma del/a Coordinador/a del programa de alimentos

Fecha