**Sample Thanksgiving Request Form**

Please fill out this form to request Thanksgiving food from our pantry. These extra questions are only required for participation in the Thanksgiving program. Your answers, including choosing not to complete the form, will not affect your ability to get other food from our pantry, including TEFAP foods.

**First Name:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Last Name:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Street Apartment or Floor

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Town Zip Code

**Phone Number:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**How many people live in the household:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Please select your preference. Choose only one.**

Turkey

Chicken

Gift card

**Declaration of Need and Release of Information**

By checking this box, I certify that I require this assistance because my household income is insufficient to cover the cost of a Thanksgiving Meal.

* I certify that the information provided above is true and correct
* I consent to the release of the information above to other nearby food assistance programs to minimize duplication of assistance.
* I understand that this is only a request and does not guarantee that I will receive a holiday turkey.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Applicant’s Name Date

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Agency Representative Date

**Formulario de Solicitud de Acción de Gracias (Thanksgiving)**

Por favor complete este formulario para solicitar alimentos de Acción de Gracias de nuestra despensa. Estas preguntas adicionales son solo requeridas para participar en el programa de Acción de Gracias. Sus respuestas, incluyendo la decisión de no completar el formulario, no afectarán su capacidad de recibir otros alimentos de nuestra despensa, incluidos los alimentos de TEFAP.

**Nombre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Apellido:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  
  Calle                         Apartamento o Piso

**Ciudad:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  
  Ciudad                  Código Postal

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Cuántas personas viven su hogar?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor seleccione su preferencia. Elija solo una:**  
☐ Pavo  
☐ Pollo  
☐ Tarjeta de regalo

**Declaración de Necesidad y Autorización de Información**  
☐ Al marcar esta casilla, certifico que necesito esta asistencia porque los ingresos de mi hogar no son suficientes para cubrir el costo de una comida de Acción de Gracias.  
• Certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta.  
• Consiento que la información anterior sea compartida con otros programas de asistencia alimentaria cercanos para minimizar la duplicación de asistencia.  
• Entiendo que esto es solo una solicitud y no garantiza que recibiré un pavo para las festividades.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  
Nombre del solicitante                       Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  
Representante de la agencia                      Fecha