

Programa de Asistencia de Alimentos de Emergencia (The Emergency Food Assistance Program, TEFAP)

Nombre de la organización:

Información de contacto para el personal del programa (nombre, número de teléfono y dirección de correo electrónico, si procede):

Si usted se opone a recibir servicios de nosotros debido al carácter religioso de nuestra organización, por favor, complete este formulario y devuélvalo al contacto del programa identificado arriba. El uso de este formulario es voluntario.

Si usted se opone al carácter religioso de nuestra organización, debemos hacer esfuerzos razonables para identificarlo y referirlo a un proveedor alternativo con el que usted no tenga objeciones. Sin embargo, no podemos garantizar que en cada caso habrá un proveedor alternativo disponible.

Compruebe si desea que se le remita a otro proveedor de servicios.

Por favor, proporcione la siguiente información:

Su nombre:

La mejor manera de comunicarse con usted (teléfono/dirección/correo electrónico):

SOLO PARA EL USO DEL PERSONAL

1. Fecha de impugnación: _ / _ / _

2. Referencia (marque una):

() El individuo fue referido a (nombre del proveedor alterno e información de contacto):

() Se suministró a la persona información de referencia proporcionada por la agencia estatal (es decir, un sitio web, una línea directa o una lista de otros proveedores de servicios financiados por la agencia estatal)

() Persona sin referencia

() No hay un proveedor de servicios alternos disponible. Resuma a continuación los esfuerzos que realizó para identificar un proveedor alternativo (incluyendo contactar a una agencia estatal o una agencia local o elegible):