

# El Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia y la Solicitud Beneficiaria de Referencia del Programa de Alimentación de Productos Básicos Suplementarios

---

**Nombre de la Organización:** Central Texas Food Bank

**Información de contacto para el personal del programa** (nombre, número de teléfono y dirección de correo electrónico, en su caso): Sherry Kleinert, (512) 684-2117, skleinert@centraltexasfoodbank.org

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

Si se opone al carácter religioso de nuestra organización, debemos hacer esfuerzos razonables para identificar y referirlo a un proveedor alternativo al cual no tiene ninguna objeción. Sin embargo, no podemos garantizar que, en cada instancia, un proveedor alternativo estará disponible.

**Nombre del participante:** \_\_\_\_\_

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

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

## FOR STAFF USE ONLY/SÓLO PARA USO PERSONAL

1. Date of objection: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. Referral (check one):

Individual was referred to (name of alternate provider and contact information):

\_\_\_\_\_

Individual was given TDA-provided referral information (such as a website, hotline, or list of other service providers funded by TDA)

Individual left without a referral

No alternate service provider is available. On the lines below, summarize below the efforts you made to identify an alternate provider (for example: contacted another food pantry, soup kitchen, or distribution site; contacted TDA; contacted the food bank; etc).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

