



# APPLICATION (SOLICITUD)

**Thank you** for your interest in the Community Food Distribution. Return completed application & documents to Grace Fellowship Church. (Gracias por su interés en Community Food Distribution. Devuelva la solicitud y los documentos completos a Grace Fellowship Church.)

**GRACE FELLOWSHIP CHURCH**  
 27 Pecora Blvd., Hazle Twp, PA 18202  
 570-455-1470 | office@gfchazleton.org

- Include the following documents: (Incluya los siguientes documentos)
- Completed Application (Completar la Solicitud)
  - State Issued Identification (Identificación de Estado (PA))
  - Utility Bill (Factura de servicio en su nombre)

**Name:** (Nombre) \_\_\_\_\_ **Phone #:** (Número de Teléfono) \_\_\_\_\_

**Address:** (Dirección) \_\_\_\_\_ **OK to Text?** (¿Texto?) Yes (Si) / No  
**Zip:** (Código Postal) \_\_\_\_\_

**Email:** (correo electrónico) \_\_\_\_\_

**PA License or ID Number:** (Número de Licencia o Identificación de PA) \_\_\_\_\_

**Year/Make/Model of Car:** (Año/Marca/Modelo de Auto) \_\_\_\_\_

**License Plate:** (Numero de Placa) \_\_\_\_\_

**Annual Household Income:** (Ingreso del Hogar per Año) \_\_\_\_\_

**Please list all OTHER adults in household, including adult children.**

(Liste otros adultos en el hogar, incluyendo niños(a) mayores de edad.)

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

**Preferred Language:** (Idioma Preferido) \_\_\_\_\_

CHECK (✓) Yes or No. (VERIFICAR (✓) Sí o No.)	Yes (Si)	No (No)
Are you over 65? (Es usted mayor de 65 años)		
Are you a Veteran? (Es usted Veterano)		
Are you disabled/handicapped? (Desabilitado)		
Are you receiving assistance from other charities? (¿Está recibiendo asistencia del alguna otra institucion?) If so, please list: (Sí, por favor hacer una lista) : _____		

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY (Administracion solamente)

DATE REC'D \_\_\_\_\_ ADD'L ITEM REQ \_\_\_\_\_ ADD'L ITEM REC'D \_\_\_\_\_

REVIEWED BY \_\_\_\_\_ LETTER SENT \_\_\_\_\_ NUMBER (Numero) \_\_\_\_\_

NOTES: