

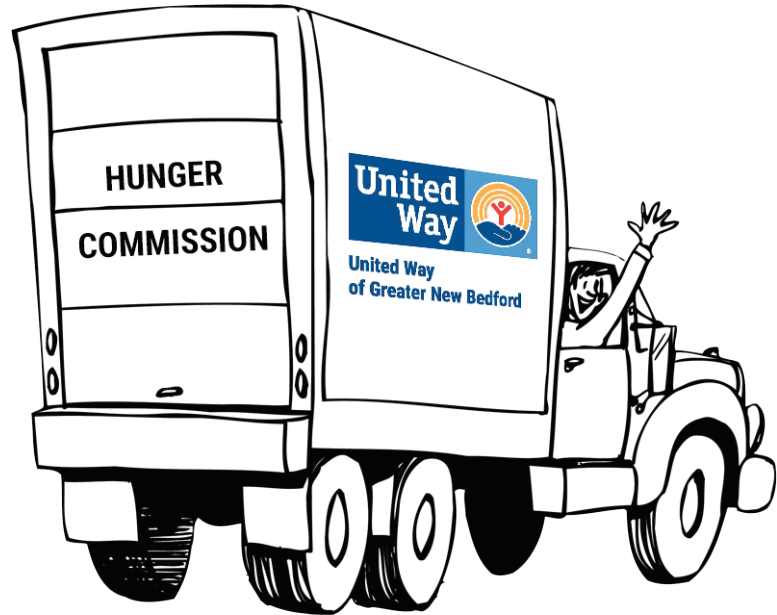


United Way
of Greater New Bedford

Comissão Contra a Fome Mercado Mobil

**Produtos Frescos Grátis
para pessoas que trabalham
mas tem baixo rendimento**

**Tercas Feiras 5:30 - 7 da tarde
(as quartas feiras se chover)**



**Estacionado no lado oposto do
Centro Comunitário Dennison
Memorial, na 755 south 1st street**

Julho 25	Setembro 19
Agosto 8	Outubro 3
Agosto 22	Outubro 17
Setembro 5	

**Estacionado no Parque de
estacionamento do Bank Five
1724 Acushnet Ave**

Agosto 1	Setembro 12
Agosto 15	Setembro 26
Agosto 29	Outubro 10

Por favor preencha a aplicação e devolva ao Mercado Mobil.

**Prova de rendimento (cabeça do cheque) é uma foto de
identificação e requerida para receber a comida.**

Patrocinado pelo:



Guias de rendimento:

**2 pessoas vai de \$1,000 - \$40,300
4 pessoas vai de \$1,000 - \$50,350
5 pessoas vai de \$1,000 - \$58,450**



United Way
of Greater New Bedford

Registo Mercado Móvel

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefone: _____ Email: _____

Data de Nascimento: _____ Genero: _____

Emprego: _____ (circule um): Tempo Inteiro Part-Time

Etnicidade: (Selecione um) Hispanic ou Latino Não Hispânica nem Latina

Raça: (Selecione um)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Branca | <input type="checkbox"/> Asiatico/ Ilhas do Pacifico |
| <input type="checkbox"/> Negro Americano | <input type="checkbox"/> Negro Americano /e Branco |
| <input type="checkbox"/> Asiatico | <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano /ou Nativo do Alasca | <input type="checkbox"/> do Alasca e Negro Americano |
| <input type="checkbox"/> Nativo do Havai /Outras ilhas Pacificas | <input type="checkbox"/> Outro Multi-Racial |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo do Alasca e/Branco | <input type="checkbox"/> Outro _____ |
| <input type="checkbox"/> Asiatico e Branco | |

Dades dos membros da sua familia:

_____ M / F _____ M / F _____ M / F

_____ M / F _____ M / F _____ M / F

_____ M / F _____ M / F _____ M / F

Você recebe benefícios do SNAP? Sim Não

Você recebe qualquer outro apoio de programas de assistência temporários? Sim Não

Numero total dos membros na Familia (incluindo você) _____

Ordenado Anual de Familia _____

Assinando abaixo eu confirmo que a informação dada acima e correta e verdadeira. Eu vou receber produtos alimentares da United Way de New Bedford/Comissao contra a Fome, e eu nego a UW qualquer responsabilidade legal resultante desta comida doada. Eu confirm que os produtos recebidos não vão ser vendidos por dinheiro, mercadoria ou serviços.

Assinatura: _____ Data: _____

Office Use Only:	
Must provide proof of earned/work income & Photo ID.	Proof of Income:
