



AUTHORIZED PROXY SHOPPER REQUEST FORM

To be completed by the person whose name appears on the BPNN Household Card that cannot shop for themselves.

Date Completed:
MM/DD/YYYY

Office Use Only	ID Presented: _____	Yes
-----------------	---------------------	-----

Your Name:
(as shown on your BPNN Household Card)

First Name (Please Print Clearly)
Last Name (Please Print Clearly)

Household Card Number:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

3-5 digit number on your BPNN Card

Your Address:

<input type="text"/> <i>Street Address & Apt #</i>	<input type="text"/> <i>City, State & Zip</i>
---	--

Phone: () -

Number of People in Your Household by Age:

Enter the number of people in your household for each age category

<input type="text"/>	+	<input type="text"/>	+	<input type="text"/>	=	<input type="text"/>
<i>60+</i>		<i>18-59</i>		<i>Under 18</i>		<i>Total</i>

I certify that I am not able to appear in person to obtain food due to health issues or scheduling conflicts. Therefore, I hereby authorize the following person to shop in the BPNN food pantry on my behalf:

Proxy Name:

<input type="text"/> <i>First Name (Please Print Clearly)</i>	<input type="text"/> <i>Last Name (Please Print Clearly)</i>
--	---

Proxy Address:

<input type="text"/> <i>Street Address & Apartment Number</i>	Proxy Phone (<input type="text"/>) - <input type="text"/>	
<input type="text"/> <i>City</i>	<input type="text"/> <i>State</i>	<input type="text"/> <i>Zip Code</i>

I understand that a new Proxy Request Form must be completed every January and at any time if my household composition changes. I take full responsibility for the actions of my proxy and will inform him/her of the proper procedures when acting on my behalf. If you have any questions or concerns regarding my eligibility or any of the information provided above, you may contact me at the phone number listed.

Signature

Date



SOLICITUD DE ENCARGADO PARA RECOGER DESPENSA

Este documento debe ser llenado por la persona cuyo nombre aparece en la Tarjeta de BPNN que no puede recoger su despensa

Fecha de llenado:

MM/DD/AAAA (mes, día, año)

Office Use Only

ID Presente

Yes

Nombre:

(Como aparece en la tarjeta de BPNN)

Primer Nombre (Favor de escribir claramente)

Apellido (Favor de escribir claramente)

Número de su tarjeta BPNN:

Número de 3 o 5 dígitos que aparece en la tarjeta BPNN

Dirección:

Número exterior, calle y número de apartamento

Ciudad, Estado y Código Postal

Teléfono:

() -

Número de personas en su casa de acuerdo a su edad:

Escriba el número de personas en su casa para cada grupo de edades

60+

+

18-59

+

Menores de 18

=

Total

Certifico que no puedo ir a recoger mi despensa debido a problemas de salud o por problemas de horario y por lo tanto autorizo a la siguiente persona para que recoja mi despensa en BPNN en mi nombre:

Nombre del encargado para recoger la despensa :

First Name (Please Print Clearly)

Last Name (Please Print Clearly)

Dirección del encargado:

Número exterior, calle y número de apartamento

Teléfono del

encargado: () -

Ciudad

Estado

Código Postal

Entiendo que debo llenar esta solicitud cada Enero para registrar nuevamente al encargado para recoger mi despensa. También debo actualizar mi registro si las personas que viven en mi casa cambia. Yo asumo la responsabilidad por las acciones de mi encargado y le informaré de los procedimientos adecuados cuando actúe en mi nombre. Si existen dudas con respecto a la información aquí provista, me pueden contactar en el teléfono que he provisto.

Firma del titular de la tarjeta de BPNN

Fecha

Updated: 1/02/24 Guest Services files