

**Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia y  
Programa de Productos Alimenticios Complementarios  
Solicitud de remisiones para beneficiarios**

Nombre de la organización: \_\_\_\_\_

Información de contacto para el personal de los programas (nombre, número telefónico y dirección de correo electrónico, si corresponde):

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

Si objeta recibir nuestros servicios debido al carácter religioso de nuestra organización, por favor complete este formulario y devuélvalo a la persona de contacto de los programas identificados anteriormente. Su uso de este formulario es voluntario.

Si objeta el carácter religioso de nuestra organización, debemos hacer esfuerzos razonables para identificarle y remitirle a un proveedor alternativo para el que no tenga objeciones. Sin embargo, no podemos garantizar que en todos los casos habrá un proveedor alternativo disponible.

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

Mejor manera de localizarle (teléfono/dirección/correo electrónico): \_\_\_\_\_

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

**PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL**

1. Fecha de la objeción:    /    /   

2. Remisión (marque una opción):

La persona se remitió a (nombre del proveedor alternativo e información de contacto):

\_\_\_\_\_

La persona recibió información de remisión facilitada por el TDA (tal como un sitio web, una línea directa o una lista de otros proveedores de servicios financiados por el TDA).

La persona se fue sin una remisión.

No hay ningún proveedor de servicios alternativo disponible. En las líneas a continuación, resuma los esfuerzos que hizo para identificar un proveedor alternativo (por ejemplo, comunicación con otra despensa de alimentos, comedor de beneficencia o sitio de distribución; comunicación con el TDA; comunicación con el banco de alimentos, etc.).

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

Esta institución es un proveedor con igualdad de oportunidades.

Julio de 2016