

**The Emergency Food Assistance Program
and the Commodity Supplemental Food Program
Beneficiary Referral Request**

Name of Organization: _____

Contact information for program staff (name, phone number, and email address, if appropriate):

If you object to receiving services from us based on the religious character of our organization, please complete this form and return it to the program contact identified above. Your use of this form is voluntary.

If you object to the religious character of our organization, we must make reasonable efforts to identify and refer you to an alternate provider to which you have no objection. We cannot guarantee, however, that in every instance, an alternate provider will be available.

Participant name: _____

Best way to reach you (phone/address/email): _____

FOR STAFF USE ONLY

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).

This institution is an equal opportunity provider.

July 2016

**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