



For office use only - FY QR \_\_\_\_\_
Approved: \_\_\_\_\_ Declined due to: \_\_\_\_\_
Distribution Site: \_\_\_\_\_ NC SC
Contacted: \_\_\_\_\_

Brown Bag Program Application

Name: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_
Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_
Birthdate: \_\_\_\_\_ \*If you are between the ages of 55 and 60, do you have a disability: YES / NO
Best form of contact: (circle all that apply) Phone Text Email: \_\_\_\_\_
Gender Identity: [ ] Male [ ] Female [ ] Transgender Male/Transman/FTM [ ] Transgender Female/Transwoman/MTF
[ ] NonBinary/NonComforming [ ] Other Identity: \_\_\_\_\_ [ ] Decline to Answer

Ethnicity (Check all that apply): [ ] African American [ ] American Indian [ ] Asian [ ] Caucasian [ ] Hispanic [ ] Pacific Islander [ ] Other: \_\_\_\_\_
Makeup of Household: (Please complete all sections)
\_\_\_ Total of individuals \_\_\_ Ages 0-17
\_\_\_ Total of females \_\_\_ Ages 18-59
\_\_\_ Total of males Are you the head of household? [ ] Yes [ ] No

Local Emergency Contact:
Name: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

Program Requirements and Policies:

- To qualify for the Brown Bag program you must be 60 years of age or older (or 55+ with a disability), meet income guidelines and live in the County of Santa Barbara.
Income (monthly): EFAP income guidelines are: 1 person household \$2,498.83 or less, 2 person household \$3,376.17 or less.
Approved client must be home during their delivery in case a signature is required.
Notify your Foodbank staff member of an extended illness or vacation.
Please note: if you would only like to receive TEFAP commodities, this application is not required.

By signing below I understand: (1) I hereby certify that the above information is true and correct to the best of my knowledge. (2) All information provided on this application is accurate and complete.

Signature of Applicant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

In accordance with Federal Civil Rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) Civil Rights regulations and policies, the USDA, its agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, religion, sex, gender identity (including gender expression), sexual orientation, disability, age, marital status, family/parental status, income derived from a public assistance program, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior credible activity, in any program or activity conducted or funded by USDA (not all bases apply to all programs). Remedies and complaint filing deadlines vary by program or incident.

To file a program discrimination complaint, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027, found online at How to File a Program Discrimination Complaint and at any USDA office or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by: (1) mail: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; or (3) email: program.intake@usda.gov.

USDA is an equal opportunity provider, employer, and lender.

Return application to: Attn: Brown Bag Program
4554 Hollister Ave. | Santa Barbara, CA 93111 | PH 805.967.5741x121



For office use only - FY QR \_\_\_\_\_  
 Approved: \_\_\_\_\_ Declined due to: \_\_\_\_\_  
 Distribution Site: \_\_\_\_\_ NC SC  
 Contacted: \_\_\_\_\_

## Solicitud para participar en el programa Brown Bag

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ ¿Si usted está entre las edades de 55 y 60, tiene una incapacidad? SI / NO

Forma de comunicación preferida: Teléfono Texto Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 (circule todos los que correspondan)

Identidad de Género:  Hombre  Mujer  Hombre transgénero (mujer a hombre)  mujer transgénero (hombre a mujer)  
 Género no Binario/ Género no conforme  Otra Identidad : \_\_\_\_\_  Niego a responder

Raza/Etnia (Circule todos los que correspondan)

Afro Americano  Indio Americano

Asiático  Blanco  Hispano

Isleño del pacifico  Otro: \_\_\_\_\_

Información del hogar: (Por favor complete todas las secciones)

\_\_\_ Número de personas en el hogar \_\_\_ Edades entre 0-17

\_\_\_ Número de mujeres \_\_\_ Edades entre 18-59

\_\_\_ Número de hombres Es usted cabecera del hogar?  Sí  No

Contacto local de emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Requisitos y Reglas del Programa:

- Para ser elegible para el programa de Brown Bag, usted debe de tener 60 años o más, o 55 años o más con una incapacidad, estar entre el límite del ingreso mensual de EFAP y vivir en el condado de Santa Bárbara.
- El límite del ingreso mensual de EFAP son: 1 persona en hogar - \$2,498.83 o menos, 2 personas en hogar - \$3,376.17 o menos.
- El recipiente aprobada debe de estar en casa durante la entrega en caso de que se necesita una firma/autorización.
- Si usted tiene una enfermedad o está de vacaciones que afecta su participación durante los días de la distribución por favor infórmale al personal del Foodbank.
- Nota: si solo le gustaría recibir comida del programa TEFAP, esta forma no es requerida.

Al firmar este acuerdo, yo entiendo: (1) Yo, certifico que, de acuerdo a mi mejor conocimiento, la información dada en esta aplicación es correcta. (2) Toda la información es precisa y completa.

\_\_\_\_\_  
 Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
 Fecha

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: How to File a Complaint. y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

**Return application to: Attn: Brown Bag Program**  
**4554 Hollister Ave. | Santa Barbara, CA 93111 | PH 805.967.5741x121**

Revised 9.14.2020



For office use only - FY QR \_\_\_\_\_  
Approved: \_\_\_ Declined due to: \_\_\_\_\_  
Distribution Site: \_\_\_\_\_ NC SC  
Contacted: \_\_\_\_\_

## Brown Bag Home Delivery Program Application- Healthcare Provider's Note

To qualify for the Brown Bag Home Delivery program, this form must be completed and signed by your healthcare provider. This form must be sent along with the application in order for the application to be reviewed.

Name of Patient: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

### Functional Abilities Assessment (to be completed by a healthcare provider):

1. Is the patient homebound/bedbound? \_\_\_\_\_
2. How many miles can the patient walk? \_\_\_\_\_ 1-5 mi. \_\_\_\_\_ 6-11 mi. \_\_\_\_\_ 12-20 mi.
3. How many pounds can the patient lift? \_\_\_\_\_ 0-5lbs. \_\_\_\_\_ 6-11lbs. \_\_\_\_\_ 12-20 lbs.
4. Is their medical condition: \_\_\_\_\_ Permanent \_\_\_\_\_ Temporary, how long? \_\_\_\_\_
5. Is the patient able to drive? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No
6. Is the patient able to take public transportation? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

### Professional Medical Information

Provider's Name: \_\_\_\_\_ Type of Practice: \_\_\_\_\_

Office Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_ Fax Number: \_\_\_\_\_

By signing below I understand: (1) I hereby certify that the above information is true and correct to the best of my knowledge. (2) All information provided on this form is accurate and complete.

\_\_\_\_\_  
Provider's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

By signing below I certify: (1) I do not have access to any mode of transportation. (2) I do not have anyone that can pick up on my behalf.

\_\_\_\_\_  
Patient's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**Return this form to: Brown Bag Program**

**4554 Hollister Ave. | Santa Barbara, CA 93111 | PH 805.967.5741x121 | FAX 805-683-4951**

Revised 10.8.2020



For office use only - FY QR \_\_\_\_\_  
Approved: \_\_\_\_\_ Declined due to: \_\_\_\_\_  
Distribution Site: \_\_\_\_\_ NC SC  
Contacted: \_\_\_\_\_

## Solicitud para participar en Entrega a Domicilio "Programa Brown Bag"- Forma del Proveedor Médico

Para ser elegible para este programa, esta forma debe de ser completada y firmada por un proveedor médico. Para poder evaluar su aplicación, esta forma debe de ser entregada con la aplicación general de Brown Bag.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Información sobre sus habilidades funcionales (completado por un proveedor médico):

1. ¿El paciente está imposibilitado para salir de la casa o confinado a la cama? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuántas millas puede caminar el paciente? \_\_\_\_\_ 1-5 mi. \_\_\_\_\_ 6-11 mi. \_\_\_\_\_ 12-20 mi.
3. ¿Cuál es el máximo que el paciente puede levantar? \_\_\_\_\_ 0-5lbs. \_\_\_\_\_ 6-11lbs. \_\_\_\_\_ 12-20 lbs.
4. ¿La condición del paciente es: \_\_\_\_\_ Permanente \_\_\_\_\_ Temporal, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
5. ¿El paciente puede manejar un automóvil? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No
6. ¿El paciente puede usar transporte público? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

### Información Medica Profesional

Nombre del Proveedor: \_\_\_\_\_ Tipo de profesión: \_\_\_\_\_

Dirección de oficina: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Numero de Fax: \_\_\_\_\_

Al firmar este acuerdo, yo entiendo: (1) Yo, certifico que, de acuerdo a mi mejor conocimiento, la información dada en esta forma es correcta. (2) Toda la información es precisa y completa.

\_\_\_\_\_  
Firma del Proveedor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Al firmar este acuerdo, yo certifico: (1) Yo no tengo acceso a ningún medio de transportación. (2) Yo no tengo a otra persona que esté disponible a recoger por mí.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Regresar la forma a: Brown Bag Program**

**4554 Hollister Ave. | Santa Barbara, CA 93111 | PH 805.967.5741x121 | FAX 805-683-4951**

Revised 10.8.2020