



**PLAN DE "AYUDA ALIMENTARIA A LAS PERSONAS MÁS NECESITADAS DE LA UE**

**SOLICITUD DE AYUDA ALIMENTARIA**

<b>Nº REGISTRO</b>
___ / 2019

DATOS PERSONALES DEL TITULAR		
Nombre y Apellidos		
DNI/Tarjeta Residencia		
Teléfonos		
Domicilio		

Solicito participar en el programa, consistente en recibir de manera gratuita alimentos procedentes del Plan 2019 "Ayuda Alimentaria UE, que serán utilizados **para consumo propio** y que **no serán cedidos a otras personas o Entidades**, quedando totalmente prohibida su comercialización y/o venta. Comprometiéndome en caso de resultar beneficiaria, a presentarme en el lugar, fecha y hora que se me indique por teléfono, aportando medios propios, para recoger los alimentos que me correspondan.

Si es alérgico a algún alimento, o no necesita alimentos infantiles, tachar de la siguiente lista aquellos alimentos que no le sean necesarios, en caso de necesitar alimentos infantiles, deberá indicar el número de niños (o ancianos) que consumen cada tipo de alimento:

ALIMENTOS ADULTOS		
ACEITE DE OLIVA	MACEDONIA VERDURAS CONSERVA	FRUTA EN CONSERVA (S. AZUCAR)
ARROZ BLANCO	PASTA	GARBANZOS COCIDAS
TOMATE FRITO	GALLETAS	BATIDOS CHOCOLATE
CONSERVAS DE ATÚN Y SARDINAS	LECHE UHT	CONSERVAS DE CARNE

ALIMENTOS INFANTILES	Nº DE PERSONAS
POTITOS FRUTA Y POLLO	
LECHE CONTINUACIÓN POLVO	
CEREALES INFANTILES	

A rellenar por los Servicios Sociales Comunitarios

SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR		
Nº BEBÉS (menores de 2 años):		CLAVE:
Nº DE NIÑOS (DE 2 A 8 años):		
Nº DE ADULTOS (mayores de 8 años):		
<b>TOTAL FAMILIA</b>		

Nota: Clave, nivel de necesidad. A=Extrema. B=Grave. C=Moderada

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

Fdo.: D.

**Sr. Alcalde-Presidente del Ilmo. Ayuntamiento de Encinas Reales**