

SNAP (Food Stamps) Referral



Referral Date: ____ / ____ / ____

SNAP (Food Stamps) Questions

Does the household currently receive SNAP (food stamp) benefits? ☐ Yes ☐ No

STOP! If yes, and they have a question about an open case or need to report a change, please instruct them to call the Statewide Customer Service Center number at **1.877.395.8930**.

Does the household have a monthly income at or less than the guidelines below? ☐ Yes ☐ No

Household Size	Gross Monthly Income
1	\$2,430
2	\$3,288
3	\$4,144
4	\$5,000
Each additional person	+\$858

*This organization is an equal opportunity provider.
Guidelines valid through 9/30/2024.*

Household Contact Information

Name: _____ County: _____

Phone #: _____ Best Time to Call: _____

Permission to Text? (Y/N) _____ Email: _____

Permission to share your SNAP application status with referring agency? (Y/N) _____

Household's Primary Language is: ☐ English ☐ Spanish ☐ Other: _____

Referring Agency Information

Staff/Volunteer Name: _____ Agency #: _____

Agency Name: _____

Phone #: _____ Zip Code: _____

Please FAX the completed form to the Central Pennsylvania Food Bank at
717.980.5999 or email to snap@centralpafoodbank.org

Referido SNAP (Cupones para Alimentos)

Fecha de Referencia: ____ / ____ / ____



Preguntas de SNAP (Cupones para Alimentos)

¿El hogar recibe actualmente beneficios de SNAP (cupones para alimentos)? ☐ Sí ☐ No

¡PARE! Si marco que Sí, y tienen una pregunta sobre un caso abierto o necesitan informar un cambio, por favor dígame que llame al Centro De Servicio al Cliente Estatal al 1.877.395.8930.

¿El hogar tiene un ingreso mensual igual o inferior a las pautas a continuación? ☐ Sí ☐ No

Tamaño del Hogar	Ingreso Mensual Bruto
1	\$2,430
2	\$3,288
3	\$4,144
4	\$5,000
Cada miembro adicional	+\$858

*Esta organización es un proveedor de igualdad de oportunidades.
Guías válidas hasta 9/30/2024.*

Información de Contacto del Hogar

Nombre: _____ Condado: _____

Teléfono #: _____ Horario disponible para llamar: _____

¿Permiso para enviar mensajes de texto? (S/N) _____ Correo Electrónico: _____

¿Nos autoriza a compartir el estado de su solicitud SNAP con la agencia de referencia? (S/N) _____

Información de la Agencia de Referencia

Nombre del Personal/Voluntario: _____ Agencia #: _____

Nombre de Agencia: _____

Teléfono #: _____ Código postal: _____

Envíe por fax el formulario completo al Banco Central de Alimentos de Pennsylvania al 717.980.5999, o envíe un correo electrónico a snap@centralpafoodbank.org