



SNAP OUTREACH PROGRAM

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	MONTHLY INCOME (before taxes/deductions)
1	\$2,510
2	\$3,408
3	\$4,304
4	\$5,200
for each additional family member add	
+	\$898

*This organization is an equal opportunity provider.
Guidelines valid through 9/30/2025.*

HOUSEHOLD CONTACT INFORMATION

Name: _____

County: _____

Phone Number: _____

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: ☐ English ☐ Spanish ☐ Other: _____

REFERRING AGENCY INFORMATION

Staff/Volunteer Name: _____ Agency #: _____

Agency Name: _____

Phone Number: _____ Zip Code: _____

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



SNAP OUTRACH PROGRAM

REFERIDO SNAP (CUPONES PARA ALIMENTOS)

Fecha de referencia: ____/____/____

PREGUNTAS SOBRE 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	\$2,510
2	\$3,408
3	\$4,304
4	\$5,200
for each additional family member add	
+	\$898

*Esta organización es un proveedor de igualdad de oportunidades.
Guías válidas hasta 30/09/2025.*

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