



Estado de Illinois  
 Departamento de Servicios Humanos  
**El Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia -  
 FORMULARIO DE SOLICITUD DE EXTENSIÓN RURAL**

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Banco de Alimentos: \_\_\_\_\_

Nombre del sitio de distribución \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, código postal : \_\_\_\_\_

Condado \_\_\_\_\_

Solicita nuevas horas de operación: \_\_\_\_\_

Motivos para la exención:

**ESTA EXENCIÓN RURAL DEBE SER ACTUALIZADA Y APROBADA ANUALMENTE.**

**BANCO DE ALIMENTOS DEBE SOMETER UNA SOLICITUD:**

**EMERGENCY FOOD PROGRAM**

**823 E. MONROE STREET**

**SPRINGFIELD, IL. 62701**

[DHS.IEFP@illinois.gov](mailto:DHS.IEFP@illinois.gov)

**PARA USO OFICIAL SOLAMENTE:**

**APROBADO**

**NEGADO**

**FIRMA Y NOMBRE**

**FECHA**