

Do you receive:

Income from Work **Yes No**

Unemployment **Yes No**

Social Security **Yes No**

SSI Payments **Yes No**

SSDI Payments **Yes No**

GPA Payments **Yes No**

RIWP(TANF)FIP Payments **Yes No**

Income from Owning Property **Yes No**

Other _____ **Yes No**

Please specify Other:

What is the total of your monthly **household** income: \$ _____

Does anyone in your household have a medical condition that requires supplemental milk?

YES

NO

If Yes Please provide more information

Name _____

Condition _____

I give my permission for Community Care Alliance representatives to discuss my case with whomever it is necessary to ensure the accuracy of the information I have provided. This release expires upon my termination from the Milk Fund.

Benefits are not guaranteed to all who are accepted. I understand that benefits are subject to the availability of funds to pay for the program. If there are any questions call Community Care Alliance at 235-7000.

Signature: _____ Date: _____

Eligibility requirements and priorities established by the Board of Directors of Milk Fund, Inc. for the 2016 year are:

1. Children of working low income families.
2. Children of low income families where the wage earner is recently unemployed. Or family member is deployed in the military.
3. Elderly (age 60 and older), with health or nutritional needs.

Dear Milk Fund Applicant,

The Board of Directors of Milk Fund, Inc. has established the following criteria for Milk Fund eligibility for 2026

The categories are listed in order of priority:

1. **Children** of working low income families.
2. **Children** of low income families where the wage earner is recently unemployed
3. **Elderly (age 60 and older)**, with health or nutritional needs.

Please complete **all information on both sides** of the application form and return it, **with proof of income**, and copies of Birth Certificates of your children.

Incomplete applications will not be processed and will be sent back to you.

Examples of proof of income may include one of the following:

Copies of the last few pay stubs

Copy of a benefit check for Unemployment, Social Security, SSI, and SSDI.

Copy of bank statement if you have direct deposit

You may mail your completed application to:

Community Care Alliance

Attention: MILK FUND

PO BOX 1700 Woonsocket, RI 02895

with a **non-returnable** copy of your proof of income, or you may stop in at Community Care Alliance at 245 Main St, Woonsocket, RI 02895 with your application. We are open Monday through Friday from 8:30 a.m. to 4:30 p.m. **Please bring proof of income and birth certificates of your children with you. We will make a copy of it at that time.**

If you have been accepted into the program for 2026 vouchers will be mailed to you. Benefits are not guaranteed to those who are accepted. Benefits will continue

as long as there is enough money available to provide the benefit.

Recibe Usted:

| | | | |
|---------------------|--------------|-------------------------------|--------------|
| Ingresos de Trabajo | Si No | | |
| Desempleo | Si No | Ayuda del Gobierno (TANF) FIP | Si No |
| Seguro Social | Si No | Ingreso por Propiedad | Si No |
| Ayuda de SSI | Si No | Otro: _____ | Si No |
| Ayuda de SSDI | Si No | Especifique Otro: _____ | |
| Ayuda de GPA | Si No | _____ | |

Cual es el total de sus ingresos mensuales: \$ _____

¿Alguien en su familia tiene una condición médica que requiere el suplemento de leche?

Si No

Si la respuesta es Si, por favor dénos mas información: _____

Nombre: _____ Condición: _____

Doy permiso para que representantes de Community Care Alliance discutan mi caso con quien sea necesario para garantizar la exactitud de información que he proporcionado. Este permiso se expira con mi terminación del fondo de leche.

Los beneficios no son garantizados a todos a todos los que son aceptados. Yo entiendo que los beneficios son sujetos a la disponibilidad de fondos para pagar el programa. Si tiene alguna pregunta llame a Community Care Alliance al 401-235-7000

Firma: _____ Fecha: _____

Los requisitos de elegibilidad y las prioridades estabilizadas por la Junta de Directores del Fondo de Leche, Inc. para el año 2018 son.

1. Niños de familias trabajadoras de bajos ingresos.
2. Niños de familias de bajos ingresos donde el asalariado esta recientemente desempleado.
3. Adultos mayores (60 o mas) con necesidades de salud o nutricionales.
4. Familias que han sido enviado al servicio Militar.

Estimado solicitante de Milk Fund:

La Junta Directiva de Milk Fund, Inc. ha establecido los siguientes criterios de elegibilidad para Milk Fund en 2026.

Las categorías se enumeran en orden de prioridad:

1. **Hijos** de familias trabajadoras de bajos ingresos.
2. **Hijos** de familias de bajos ingresos en las que el asalariado se encuentra recientemente desempleado.
3. Personas mayores (**de 60 años o más**) con necesidades de salud o nutrición.

Complete toda la información en ambos lados del formulario de solicitud y devuélvalo junto con un comprobante de ingresos y copias de los certificados de nacimiento de sus hijos. Las solicitudes incompletas no se procesarán y se le enviarán de vuelta.

Algunos ejemplos de comprobante de ingresos pueden incluir uno de los siguientes:

Copias de los últimos recibos de sueldo

Copia de un cheque de beneficios por desempleo, seguridad social, SSI y SSDI.

Copia del extracto bancario si tiene depósito directo

Puede enviar su solicitud completa por correo a:

Community Care Alliance

Atención: MILK FUND

PO BOX 1700 Woonsocket, RI 02895

con una copia no retornable de su comprobante de ingresos, o puede pasar por Community Care Alliance en 245 Main St, Woonsocket, RI 02895 con su solicitud.

Estamos abiertos de

lunes a viernes de 8:30 a. m. a 4:30 p. m. Traiga consigo un comprobante de ingresos

y los certificados de nacimiento de sus hijos. Haremos una copia en ese momento.

Si ha sido aceptado en el programa para 2026 , se le enviarán los vales por correo.

No

se garantizan los beneficios a quienes sean aceptados. Los beneficios continuarán mientras haya suficiente dinero disponible para brindarlos.