

2026

SOLICITUD

DESPENSA DE ALIMENTO DEL MUNICIPIO DE LIBERTYVILLE

ME DECLARO ELEGIBLE PARA RECIBIR SERVICIOS DE LA DESPENSA DEL MUNICIPIO DE LIBERTYVILLE. Soy residente del Municipio de Libertyville.

Firma: _____

Prueba de Residencia Requerida : _____ **(Copia Adjunta)**

Nombre: _____

Domicilio: _____

**Incluso Numero
de Apartamento**

Telefono: _____

Cuandos en su Familia: **Adultos** _____ **Niños** _____

Entiendo que la Despensa de Alimento del Municipio de Libertyville no garantiza la calidad o la condicion de los articulos proporcionados. Tambien certifico que no vendere, cambiare o transferire ningun articulo de alimento recibido..

FIRMA _____ **FECHA** _____