

**Waylyn Hobbs Jr., Mayor**

PATRICIA PEREZ, Village Clerk  
KEISHA N. MARSHALL Esq, Village Attorney  
JOE GILL, Treasurer



JEFFERY DANIELS, Deputy Mayor  
KEVIN D. BOONE, Trustee  
CLARIONA D. GRIFFITH, Trustee  
NOAH BURROUGHS, Trustee

## Incorporated Village of Hempstead Holiday Turkey Application

Please be informed that you must provide the proper proof of identity and proof of need to receive Turkey for your family for the Thanksgiving Season for the year of 2022.

- **Submitting this application does not guarantee a Turkey**
- **The Village of Hempstead reserves the right to deny a Turkey to any applicant**

Name \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Phone# \_\_\_\_\_

How many people reside in your household? \_\_\_\_\_ Any children under the age of 18? If so, please provide the names and ages: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

NYS License/Identification Yes/No \_\_\_\_\_ Proof of Social Service Benefits \_\_\_\_\_

Medicaid ID Yes/No Case# \_\_\_\_\_ WIC \_\_\_\_\_

<b>Date signed:</b>
<b>Client Name:</b>
<b>Client Signature:</b>
<b>Contact: Juanita Hargwood, Human Relations Executive Director 516-489-3400 ext. 286</b>

**Waylyn Hobbs Jr., Mayor**

PATRICIA PEREZ, Village Clerk  
KEISHA N. MARSHALL Esq, Village Attorney  
JOE GILL, Treasurer



JEFFERY DANIELS, Deputy Mayor  
KEVIN D. BOONE, Trustee  
CLARIONA D. GRIFFITH, Trustee  
NOAH BURROUGHS, Trustee

**Aplicación para obtener Pavos en la Villa Incorporada de Hempstead**

Le informamos que debe proporcionar la prueba apropiada de identidad para recibir Pavos para su familia para la temporada de Acción de Gracias / Navidad para el año 2022.

- Presentación de esta solicitud no es una garantiza de un pavo
- La Villa de Hempstead reserva el derecho de negar un pavo a cualquier solicitante

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono# \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas residen en su hogar? \_\_\_\_\_ ¿Algún hijo menor de 18 años? Si es así, proporcione los nombres y las edades:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

NYS Licencia/Identificación Si/No \_\_\_\_\_

Prueba de los beneficios de Social Services \_\_\_\_\_

ID de Medicaid Si/No \_\_\_\_\_ Tarjeta# \_\_\_\_\_

Certificado de nacimiento para los menores Si/No \_\_\_\_\_ WIC # \_\_\_\_\_

Ocupación/y lugar de empleo \_\_\_\_\_

<b>Fecha de firma:</b>
<b>Nombre del cliente:</b>
<b>Cliente firma:</b>
<b>Contacto: Juanita Hargwood, directora ejecutiva del consejo 516-489-3400 ext. 286</b>