



# FLINT HILLS BREADBASKET

## PROXY FORM

This form serves as an official document for all guests needing additional assistance receiving food and hygiene care items, giving permission to the person listed below to sign in under your name and pick up items for you. To ensure the well-being and satisfaction of our guests, we have established the following qualification criteria for individuals seeking proxy shopping services. Proxy shoppers are individuals who shop on behalf of others who are unable to do so due to specific circumstances. To qualify for proxy shopping assistance, guests must meet one or more of the following criteria:

1. Caretaker Requirement:

- The guest is in need of a caretaker due to a medical condition, disability, or age-related limitation that hinders their ability to perform personal shopping tasks.

2. Homebound Status:

- The guest is homebound and has difficulty leaving their residence for essential shopping activities, making it necessary to engage a proxy shopper.

3. Post-Surgery Immobility:

- The guest has undergone surgery that has resulted in temporary immobility, limiting their capacity to conduct personal shopping tasks during the recovery period.

4. Scheduling Conflicts due to Work:

- The guest faces scheduling conflicts with their work commitments, rendering it impractical or impossible for them to allocate time for personal shopping during regular business hours.

I, the undersigned, hereby acknowledge that I am a member in good standing with \_\_\_\_\_ and that the person designated below has the authority to shop as proxy for me at the Flint Hills Breadbasket, starting on \_\_\_\_\_ and ending on \_\_\_\_\_.

My designee and I both understand that this dated and signed form must be presented to the Market Manager Yareni or an FHBB staff member prior to being able to shop as proxy.

- Caregiver
- Homebound
- Post-Surgery
- Scheduling Conflict
- CSFP Pick-up

**Guest Name**

\_\_\_\_\_

Please Print

**Proxy Name**

\_\_\_\_\_

Please Print

**Guest Phone Number**

\_\_\_\_\_

**Proxy Phone Number**

\_\_\_\_\_

**Guest Signature**

\_\_\_\_\_

**Staff Signature**

\_\_\_\_\_



# FLINT HILLS BREADBASKET

## FORMULARIO PARA REPRESENTANTES

Este formulario sirve como documento oficial para todos los huéspedes que necesiten asistencia adicional para recibir alimentos y artículos de higiene, dando permiso a la persona que figura a continuación para que firme en su nombre y recoja los artículos por usted. Para garantizar el bienestar y la satisfacción de nuestros huéspedes, hemos establecido los siguientes criterios de cualificación para las personas que solicitan servicios de compra por poder. Los compradores por delegación son personas que compran en nombre de otras que no pueden hacerlo por circunstancias específicas. Para poder recibir este tipo de asistencia, los clientes deben cumplir uno o varios de los siguientes requisitos:

Necesidad de un cuidador:

- El huésped necesita un cuidador debido a una afección médica, discapacidad o limitación relacionada con la edad que dificulta su capacidad para realizar las compras personales.

Estar confinado en casa:

- El huésped está confinado en casa y tiene dificultades para salir de su residencia para realizar actividades de compra esenciales, por lo que es necesario contratar a un comprador sustituto.

Inmovilidad postoperatoria:

- El cliente ha sido sometido a una intervención quirúrgica que le ha provocado una inmovilidad temporal que limita su capacidad para realizar las compras personales durante el periodo de recuperación.

Conflictos de horario debido al trabajo:

- El cliente tiene conflictos de horario con sus compromisos laborales, por lo que le resulta poco práctico o imposible dedicar tiempo a las compras personales durante el horario laboral habitual.

**Yo, el abajo firmante, por la presente reconozco que soy un miembro en buen estado con \_\_\_\_\_ y que la persona designada a continuación tiene la autoridad para comprar como apoderado para mí en el Flint Hills Breadbasket, comenzando en \_\_\_\_\_ y terminando en \_\_\_\_\_.**

**Mi persona designada y yo entendemos que esta forma fechada y firmada debe ser presentada al Gerente del Mercado Yareni o a un miembro del personal de FHBB antes de poder comprar como apoderado.**

- Cuidador
- Confinado en casa
- Postoperatorio
- Conflicto en horario
- Recogida de CSFP

**Nombre del cliente** \_\_\_\_\_

Por favor escribir en imprenta

**Nombre de apoderado(a)** \_\_\_\_\_

Por favor escribir en imprenta

**Numero de telefono de cliente** \_\_\_\_\_

**telefono del apoderado** \_\_\_\_\_

**Firma del cliente** \_\_\_\_\_

**Firma de personal** \_\_\_\_\_