



NORTHEAST IOWA
FOOD BANK

FOR STAFF USE ONLY:

QR Code #: _____

FOOD PANTRY INTAKE FORM - SPANISH

Al proporcionarnos su información, usted nos ayuda a personalizar nuestros servicios y responder mejor a las necesidades de la comunidad. Cualquier persona que acceda a su información lo hará sólo para registrar servicios proveídos o para actualizar su perfil. Es posible que su depósito de alimentos y el Food Bank realicen informes para analizar tendencias y saber más sobre la comunidad, pero dichos informes no identificarán la información de ningún individuo en específico.

INFORMACION BASICA (Basic Information):

Primer nombre: _____ Apellidos _____

Fecha de nacimiento: _____ O Edad _____

INFORMACION CONTACTO (Contact):

Dirección _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____ County _____

Dirección de correo electrónico: _____

Ok para contactarme por correo electrónico ☐

Número(s) de teléfono: _____

Ok para contactar por teléfono ☐

Medio de contacto preferido: Mensaje de text ☐ Llamada ☐ Correo electrónico ☐

GÉNERO (Gender Identity):

☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Transgénero ☐ No-binario

☐ Sexo Non-confirmante ☐ Ninguno ☐ No sé / prefiero no contestar

RAZA (Race / Ethnicity):

☐ Blanco	☐ Hispano, latino, o español	☐ Negro o Afro-Americano
☐ Asiático	☐ Nativoamericano o native de Alaska	☐ De Oriente Medio o África del Norte
☐ Nativo de Hawaii o de la Polinesia	☐ Otra raza u origen étnico	☐ No sé / prefiero no contestar

MIEMBROS DEL CASA (Household):

Por favor haga una lista de las personas viven en su casa (sin incluirse a usted mismo) que se beneficiarán de los servicios proveídos hoy.

Primer nombre	Apellidos	Fecha de nacimiento	Edad	Género	Raza

VETERANOS (Veterans):

Cuántas personas en su casa, incluyendo usted, son veteranos militares de los estados unidos?

REPRESENTANTE (Proxy):

¿Hay alguien quien puede recoger su comida para usted?

☐ Sí

☐ No

Nombre completo: _____

IDIOMA PREFERIDO (Preferred Language):

☐ Inglés

☐ Bosnio

☐ Francés

☐ Criollo haitiano

☐ Español

☐ Otro: _____

BENEFICIOS DE SNAP (SNAP Benefits):

¿Hay alguien en su hogar que recibe SNAP o cupones de alimentos?

☐ Sí

☐ No

☐ No sé / prefiero no contestar

OTROS PROGRAMAS GUBERNAMENTALES (Other Government Programs):

¿Algún miembro de su hogar recibe actualmente beneficios a través de los siguientes programas gubernamentales?

☐ Asistencia para el cuidado de niños

☐ Programa de seguro médico para niños (CHIP)

☐ Comida gratis o precio reducido

☐ Headstart

☐ Subsidios de vivienda

☐ Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)

☐ Medicaid

☐ Medicare

☐ Seguridad Social

☐ SSDI

☐ SSI

☐ Asistencia en efectivo TANF o FIP

☐ Desempleo

☐ Ayuda para los veteranos

☐ Mujeres, jóvenes y niños (WIC)

☐ Kids Café o CACFP

☐ Nada

☐ No sé / prefiero no contestar

SITUACIÓN LABORAL (Employment Status):

En el último mes, ¿usted o alguien en su hogar trabajó a tiempo completo (30 horas por semana o más)?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé / prefiero no contestar

SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD (Disability Status):

¿Alguien en su hogar, incluido usted mismo, tiene una discapacidad que le impide aceptar cualquier tipo de trabajo durante los próximos seis meses?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé / prefiero no contestar

INGRESOS MENSUALES DEL HOGAR (Household Monthly Income):

¿Qué categoría mejor representa el monto de salario mensual total de su hogar?

☐ Cero ☐ Menos que \$500 ☐ \$500-\$999 ☐ \$1000-\$1999
☐ \$2000- \$2999 ☐ \$3000-\$3999 ☐ \$4000 o más ☐ No sé / prefiero no contestar

SITUACION DE VIVIENDA (Living Situation):

¿Cuál es su situación de vivienda actualmente?

☐ Tengo un lugar estable donde vivir. ☐ Tengo un lugar donde vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro.
☐ No tengo un lugar estable donde vivir. ☐ No sé / prefiero no contestar

RESTRICCIONES ALIMENTICIAS (Dietary Restrictions):

☐ Baja en azúcar / carbohidratos ("aptas para diabéticos")	☐ Baja en sodio / grasa saturada ("cardiosaludable")	☐ Alimentación saludable para la enfermedad renal
☐ Halal	☐ Sin gluten	☐ Kosher
☐ Vegano	☐ Vegetariano	☐ Dieta blanda / preocupaciones dentales.
☐ Limitado/no equipo de cocina	☐ Alergia a la comida:	☐ Otro: _____
☐ Sin restricciones	☐ No sé / prefiero no contestar	