



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?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asistencia para el cuidado de niños | <input type="checkbox"/> Programa de seguro médico para niños (CHIP) | <input type="checkbox"/> Comida gratis o precio reducido |
| <input type="checkbox"/> Headstart | <input type="checkbox"/> Subsidios de vivienda | <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) |
| <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Seguridad Social |
| <input type="checkbox"/> SSDI | <input type="checkbox"/> SSI | <input type="checkbox"/> Asistencia en efectivo TANF o FIP |
| <input type="checkbox"/> Desempleo | <input type="checkbox"/> Ayuda para los veteranos | <input type="checkbox"/> Mujeres, jóvenes y niños (WIC) |
| <input type="checkbox"/> Kids Café o CACFP | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> 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

FACTORES DIETÉTICOS (Dietary Factors):

- Dificultad para masticar o Deglución Dificultad para cortar alimentos Alergias alimentarias (por favor, haz la lista):
 Sin gluten Halal Kosher
 Bajo en grasa Bajo en sodio Bajo en azúcar
 Microondas / Limitado Solo cocinando Vegano Vegetariano
 Otros (Por favor, describan): Sin restricciones No sé / prefiero no contestar
-