

Food Pantry Intake Form/ Formulario de vecino para despensa de alimentos

First Name/ **Primer Nombre:** _____ Last Name/ **Apellido:** _____

Date of Birth/ **Fecha de nacimiento:** _____ or/ o Age/ **edad:** _____

Contact Information / información de contacto:

Address/ **Dirección:** _____ Apt/ **Apto #:** _____

City/ **Ciudad:** _____ Zip/ **Código postal:** _____ County/ **Condado:** _____

Email Address/**Correo Electrónico:** _____

Okay to contact/ Autorization para contactar

Phone/**telefono #:** _____ Ok to contact/ Autorization para contactar

No phone/ sin telefono

What method of communication do you prefer?/ Qué método de comunicación prefieres?

Text/ texto Call/ llamada Email/ correo electronic

Please fill in the chart to list each additional resident in the household address above./

Por favor, complete la tabla para enumerar a cada residente adicional en la dirección del hogar indicada arriba.

<i>First Name/ Primer Nombre:</i>	<i>Last Name/ Apellido:</i>	<i>DOB/ Fecha de Nacimiento:</i>	<i>Gender/ Género:</i>	<i>Race or Ethnicity/ Raza o Grupo Etnico:</i>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Is anyone in your household currently receiving SNAP? (formerly known as food stamps)/

Alguna persona de su hogar está recibiendo SNAP? (Anteriormente conocida como cupones de alimentos o estampillas)

Yes/ Si No/ No

Please continue to the next page/ Por favor continúe a la página siguiente

Food Pantry Intake Form/ Formulario de vecino para despensa de alimentos

Please check the additional benefit programs the household is enrolled in, if any./

Por favor, verifique los programas de beneficios adicionales en los que están inscritos en el hogar, si alguno:

- Commodity Supplemental Food Program (CSFP)/ CSFP programa de Ingreso Suplementario
- FDPIR (Tribal Benefits)/ FDIR (Beneficios Tribales)
- Free/Reduced Price School Meals/ Comidas escolares gratuitas o a precio reducido
- Housing Subsidies/ Subsidios de vivienda Medicaid/ Sooner Care Medicare
- Social Security Disability (SSDI) Supplemental Security Income (SSI) TANF
- Unemployment/ Desempleado Veteran's Assistance/ Beneficios Para Veteranos WIC
- Worker's Compensation/ Compensación para trabajadores None/ Ninguno
- Prefer Not to Answer/ Prefieren no Responder

TEFAP Proxy/Persona Apoderada para TEFAP:

Please list out the person(s) designated to sign for and receive food on your behalf/

Por favor, indique la(s) persona(s) designada(s) para firmar y recibir los alimentos en su nombre..

1) Name and Phone Number/ Nombre y número de teléfono:

2) Name and Phone Number/ Nombre y número de teléfono:

3) Name and Phone Number/ Nombre y número de teléfono:

What gender do you identify as?/

Con qué género te identificas?

- Female/ Mujer Male/ Hombre Transgender/ Transgénero
- None of these/ Ninguno de estos Prefer not to answer/ Prefiero no responder

What is your race or ethnicity? (select all that apply)/

Cuál es su raza o étnico? (Seleccione todas las opciones que correspondan):

- White/ Anglo/Blanco Hispanic, Latino, or Spanish/ Hispano/Latino
- Black or African American/ Negro/Afroamericano Asian/ Asiático
- American Indian or Alaska Native/ Nativo Americano
- Middle Eastern or North African/ Medio Oriente/Norte de África
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander/ Nativo de Alaska o Otra isleña del pacífico
- Some other race or ethnicity/ otra raza o étnico

Did you or anyone in your home, work full-time (30 hours or more per week), in the last month?/

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

- Yes, working 30 or more hours/ Sí, 30 horas o más
- No, not working 30 hours/ No menos de 30 horas Don't know/ No lo sé

Is there anyone in your household who cannot work because of disability?/

Hay alguien en su hogar que no pueda trabajar debido a una discapacidad?

- Yes, have disability/ Si tiene una discapacidad No, no disability/ No ninguna discapacidad

Please continue to the next page/ Por favor continúe a la página siguiente

Food Pantry Intake Form/ Formulario de vecino para despensa de alimentos

Which category represents the total monthly income for your household?/

Qué categoría representa el ingreso mensual total de su hogar?

- \$0 (zero/ cero) Less than \$500/ Menos de 500 \$500 - \$999 \$1,000 - \$1,999 \$2,000 - \$2,999
 \$3,000 - \$3,999 \$4,000 or more/ o más Don't know/ No lo se

Have you, or anyone who lives with you, served in the U.S. military?/

Has servido, o alguien que vive con usted, en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?

- Yes, on active duty in the past, but not now/ Sí, estuve en servicio activo en el pasado, pero ya no
 Yes, now on active duty/ Sí, ahora estoy en servicio activo
 No, never on active duty except for basic training/ No, nunca en servicio activo, excepto durante el entrenamiento básico
 No, never served in U.S. military/ No, nunca serví en el ejército de los Estados Unidos

Does anyone in your household have any of these dietary restrictions? (Select all that apply)/

Algún miembro de su hogar tiene alguna de estas restricciones alimentarias? (Seleccione todas las que correspondan.)

- Difficulty Chewing or Swallowing/ Dificultad para masticar o tragar
 Difficulty Cutting Foods/ Dificultad para cortar alimentos
 Shellfish Food Allergen/ Alérgeno alimentario: mariscos Dairy Food Allergen/ Alérgeno alimentario lácteo
 Peanut Food Allergen/ Alergeno alimentario del cacahuete
 Soybean Food Allergen/ Alergeno alimentario de la soja Gluten-free/ Sin gluten Halal Kosher
 Low-sugar/ Bajo en azúcar Low Sodium/ Bajo en sodio Low Fat/ Bajo en grasa
 Microwave / Limited Cooking Only/ Microondas / Cocina limitada Vegan/ Vegano
 Vegetarian/ Vegetariano Other/ Otra No restrictions/ Sin restricciones

How true is this statement for your household? In the past 30 days, we were worried that our food could run out before we had money to buy more./

Qué tan cierta es esta afirmación para su hogar? En los últimos 30 días, nos preocupó que se nos acabara la comida antes de tener dinero para comprar más.

- Often true/ Cierto con frecuencia Sometimes true/ Cierto a veces Never true/ Nunca es cierto
 Don't know/Prefer not to answer/ No lo sé / Prefiero no responder

How true is this statement for your household? In the past 30 days, the food we bought did not last, and we did not have money to buy more./

¿Qué tan cierta es esta afirmación para su hogar? En los últimos 30 días, la comida que compramos no duró, y no teníamos dinero para comprar más.

- Often true/ Cierto con frecuencia Sometimes true/ Cierto a veces Never true/ Nunca es cierto
 Don't know/Prefer not to answer/ No lo sé / Prefiero no responder

Data Sharing with Third Parties Acknowledgement:/

Reconocimiento sobre el intercambio de datos con grupos terceros:

To improve our programs and connect you with additional services, we may need to share your personal information with third parties, such as healthcare providers, social service providers, and our other partners. We will not deny you services based on your answer./

Para mejorar nuestros programas y conectarle con servicios adicionales, es posible que necesitemos compartir su información personal con terceros, tales como proveedores de atención médica, proveedores de servicios sociales y otros de nuestros socios. No le negaremos servicios basándonos en su respuesta.

I agree to share my personal information with third parties./ Acepto compartir mi información personal con grupos terceros.

I do not agree to share my personal information with third parties./ No doy mi consentimiento para compartir mi información personal con grupos terceros.

For office use only: Today's Date: _____ Alt. ID#: _____