



Care and Share Food Bank Service Insights – MealConnect Offline Intake Form

This form is designed to collect information about you and your household so that it can be put into our paperless client intake system, Service Insights on MealConnect (SI-MC). By providing this information on this form, you consent to it being transferred into SI-MC. Your information will never be shared with any third party outside the charitable food network without your consent, and it will never be sold. If you have questions, please contact the Care and Share Food Bank's Service Insights team at nadia@careandshare.org.

Head of Household (HoH) Information:

Name (First, Last): _____

Date of Birth OR Age: _____ Receive SNAP/Food Stamps? _____

Address: _____

Phone Number: _____ Ok to Call? _____ Ok to Text? _____

Email: _____ Ok to Email? _____

Proxy Name (optional): _____ Proxy Phone Number: _____

Additional Household Members:

*Please list the names and ages or dates of birth of **all household members besides yourself** (the head of household) below. If you need more space, please use the back side of this sheet.*

First Name	Last Name	Age/ Date of Birth	Gender Identity (Optional)	Race/Ethnicity (Optional)

Optional Information:

Responses to these questions are not required, and your responses (or your choice not to respond) will never have any impact on the services you receive.

HoH Race/Ethnicity: _____ HoH Gender Identity: _____

Does anyone in your household have a disability that prevents them from accepting any kind of work during the next six months? _____

Has anyone in your household served on active duty in the U.S. Armed Forces? _____

Do you have any dietary needs that the pantry should be aware of? _____

Does anyone in your household have any of the following conditions?

☐ Diabetes/Sugar Diabetes/Pre-diabetes ☐ High Blood Pressure/Hypertension ☐ Heart Disease/Stroke

Intake Completed by: _____ Date of Service: _____



Care and Share Food Bank

Formulario de admisión fuera de línea de Service Insights – MealConnect

Este formulario está diseñado para recopilar información sobre usted y su grupo familiar para agregarla en nuestro sistema electrónico de admisión de clientes, Service Insights on MealConnect (SI-MC). Dando esa información en este formulario, usted acepta que se transfiera a SI-MC. Su información nunca se compartirá con terceros fuera de la red solidaria de alimentos sin su consentimiento, y nunca se venderá. Si tiene preguntas, comuníquese con el equipo de Service Insights del Care and Share Food Bank enviando un email a nadia@careandshare.org.

Información del jefe de familia (HoH):

Nombre completo (Nombre, apellido): _____

Fecha de nacimiento O edad: _____ ¿Recibe SNAP/cupones de comida? _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ ¿Podemos llamar aquí? _____ ¿Podemos enviar mensajes de texto aquí? _____

Email: _____ ¿Podemos enviar email aquí? _____

Nombre del apoderado (opcional): _____ Número de teléfono del apoderado: _____

Otros miembros del grupo familiar:

Indique abajo los nombres y las edades o fechas de nacimiento de **todos los miembros del grupo familiar, excepto de usted** (el jefe de familia). Si necesita más espacio, use la parte de atrás de esta hoja.

Nombre	Apellido	Edad/Fecha de nacimiento	Identidad de género (opcional)	Raza/Origen étnico (opcional)

Información opcional:

Las respuestas a estas preguntas no son obligatorias, y sus respuestas (o su elección de no responder) nunca tendrán ningún impacto en los servicios que reciba.

Raza/Origen étnico del HoH: _____ Identidad de género del HoH: _____

¿Hay alguien en su grupo familiar con una discapacidad que le impida aceptar cualquier tipo de trabajo durante los próximos seis meses? _____

¿Hay alguien en su grupo familiar que haya prestado servicio activo en las Fuerzas Armadas de los EE. UU.? _____

¿Tiene usted alguna necesidad dietética que la despensa deba tener en cuenta? _____

¿Alguien en su hogar tiene alguna de las siguientes condiciones?

☐ Diabetes/Azúcar Diabetes/Prediabetes ☐ Presión Arterial Alta/Hipertensión ☐ Enfermedad Cardíaca/
Accidente Cerebrovascular

Formulario de admisión completado por: _____ Fecha de servicio: _____