



CARE AND SHARE  
FOOD BANK FOR SOUTHERN COLORADO

# 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.*

### 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.

### 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: \_\_\_\_\_