



# Care and Share Food Bank

## Formulario de admisión fuera de línea de Service Insights

Sus respuestas (o su elección de no responder) nunca tendrán ningún impacto en los servicios que reciba. Al proveer la información en este formulario, usted da consentimiento a que esta información sea guardada en SIMC, nuestra base de datos en línea. Su información nunca se compartirá con terceros fuera de la red de servicios de alimentos sin su consentimiento, y nunca se venderá.



### Información del jefe de familia (HoH):

Nombre: \_\_\_\_\_ \*Apellido: \_\_\_\_\_ Edad o Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Podemos:  Llamar aquí  Enviar mensajes de texto aquí  Enviar email aquí

Identidad de género: \_\_\_\_\_ Raza/Origen étnico: \_\_\_\_\_

### Otros miembros del grupo familiar (otros de jefe de familia): \_\_# Adultos \_\_# Niños \_\_# Mayores de edad

Nombre	Apellido	Edad/Fecha de nacimiento	Identidad de género	Raza / origen étnico

Nombre del apoderado (opcional): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Alguien en su hogar recibe SNAP/cupones de comida?  Sí  No Idioma(s) preferido(s): \_\_\_\_\_

¿Hay alguien en su grupo familiar con una discapacidad que le impida aceptar cualquier tipo de trabajo durante los próximos seis meses?  Sí  No  No sé / prefiero no responder

¿Hay alguien en su grupo familiar que haya estado servicio activo en las Fuerza Armadas de los EE. UU.?  
 Veterano/a  Actualmente en servicio activo  No

¿Alguien en su hogar tiene alguna necesidad dietética o alergias alimentarias? \_\_\_\_\_

¿Alguien en su hogar tiene alguna de las siguientes condiciones?  Diabetes/azúcar diabetes/pre-diabetes  
 Presión arterial alta/hipertensión  Enfermedad cardíaca/accidente cerebrovascular (derrame)

Formulario completado por: \_\_\_\_\_ Fecha de visita: \_\_\_\_\_