

Care and Share Food Bank

Service Insights on MealConnect Offline Intake Form

Your response or choice not to respond to these questions will never have any impact on the services you receive. By providing information on this form, you consent to it being entered into SIMC, our online database. 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:

This institution is an equal opportunity provider.

*First Name: _____ *Last Name: _____ Age OR Date of Birth: _____

*Address: _____ *City: _____ *Zip: _____

*Phone: _____ Email: _____ Ok to: Call Text Email

Gender Identity: _____ Race or Ethnicity (all that apply): _____

Additional Household Members (other than the Head of Household): * __# Adults __# Children __# Seniors

First Name	Last Name	Age/ Birthdate	Gender Identity	Race / Ethnicity

Proxy Name (optional): _____ Proxy Phone: _____

Does your household receive SNAP/Food stamps? Yes No Preferred Language(s): _____

Does anyone in your household have a disability that prevents them from accepting any kind of work in the next six months? Yes No Don't Know / Prefer not to answer

Has anyone in your household served on active duty in the Armed Forces? Veteran Currently active No

Does anyone in your household have any dietary needs or food allergies? _____

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

Diabetes/sugar diabetes/pre-diabetes High blood pressure/hypertension Heart disease/stroke

***TEFAP Eligibility** (A household may meet TEFAP eligibility standards through public assistance or income.)

The household's combined gross income is **below** the maximum listed here (circle applicable row) **OR** any of:

Household Size	Maximum Household Income			Public Assistance Programs (check all your household receives)
	Weekly	Monthly	Annual	
1	\$ 579.23	\$ 2,510.00	\$ 30,120.00	<input type="checkbox"/> Commodity Supplemental Food Program (Everyday Eats/CSFP) <input type="checkbox"/> SNAP (formerly food stamps) <input type="checkbox"/> Low-income Energy Assistance Program (LEAP) <input type="checkbox"/> Temporary Assistance to Needy Families (TANF) <input type="checkbox"/> Old Age Pension (OAP) <input type="checkbox"/> Aid to Needy Disabled (AND) <input type="checkbox"/> Aid to the Blind (AB) <input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI) <input type="checkbox"/> Medicaid Eligible Foster Children
2	\$ 786.15	\$ 3,406.67	\$ 40,880.00	
3	\$ 993.08	\$ 4,303.33	\$ 51,640.00	
4	\$ 1,200.00	\$ 5,200.00	\$ 62,400.00	
5	\$ 1,406.92	\$ 6,096.67	\$ 73,160.00	
6	\$ 1,613.85	\$ 6,993.33	\$ 83,920.00	
7	\$ 1,820.77	\$ 7,890.00	\$ 94,680.00	
8	\$ 2,027.69	\$ 8,786.67	\$ 105,440.00	
Each add'l	+ \$206.92	+ \$896.67	+ 10,760.00	

Check this box to agree to share your personal information with 3rd parties, i.e. healthcare providers, social service providers, or our other partners. We will never deny you services based on your answer.

*required for TEFAP eligibility

Intake Completed by: _____ Visit Date: _____

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):

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

*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 (aparte 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)

***TEFAP Elegibilidad** (Un hogar puede cumplir con los estándares de elegibilidad de TEFAP a través de asistencia pública o ingresos.)

El ingreso combinado del hogar está por debajo del máximo indicado aquí (circule la fila aplicable) cualquiera de:

Tamaño del hogar	Ingreso familiar máximo			Programas de asistencia pública (marque todo lo que recibes)
	Semanal	Mensual	Anual	
1	\$ 579.23	\$ 2,510.00	\$ 30,120.00	<input type="checkbox"/> Comidas Diarias (CSFP) <input type="checkbox"/> Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP) <input type="checkbox"/> Programa de asistencia ergética para personas de bajos ingresos de Colorado (LEAP) <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) <input type="checkbox"/> Programa de Atención Médica y de Salud de Pensión de Vejez (OAP) <input type="checkbox"/> Ayuda a los Discapacitados Necesitados (AND) <input type="checkbox"/> Ayuda a los ciegos (AB) <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Elegibilidad de Medicaid para el bienestar infantil
2	\$ 786.15	\$ 3,406.67	\$ 40,880.00	
3	\$ 993.08	\$ 4,303.33	\$ 51,640.00	
4	\$ 1,200.00	\$ 5,200.00	\$ 62,400.00	
5	\$ 1,406.92	\$ 6,096.67	\$ 73,160.00	
6	\$ 1,613.85	\$ 6,993.33	\$ 83,920.00	
7	\$ 1,820.77	\$ 7,890.00	\$ 94,680.00	
8	\$ 2,027.69	\$ 8,786.67	\$ 105,440.00	
Cada add'l	+ \$206.92	+ \$896.67	+ 10,760.00	

Marque esta casilla para aceptar compartir su información personal con terceros, es decir, proveedores de atención médica, proveedores de servicios sociales o nuestro otro socio. *Nunca le negaremos servicios basados en su respuesta. *requerido para TEFAP elegibilidad*

Formulario completado por: _____ Fecha de visita: _____