

INFORMACIÓN DEL HOGAR

Case# _____

ESTA INFORMACIÓN NO ES NECESARIA PARA RECIBIR AYUDA ALIMENTARIA. SOLO ES NECESARIO REALIZAR UNA CITA DE GESTIÓN DE CASOS PARA RECIBIR BENEFICIOS Y SERVICIOS COMPLETOS DE HILL COUNTRY COMMUNITY MINISTERIES.

Apellido: _____ Nombre: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____ Dirección: _____

Razón por la que necesita asistencia de emergencia: (es decir, pérdida de trabajo, discapacidad, aumento de facturas, disminución de horas de trabajo, etc.)

Cómo se enteró de nosotros: _____

Enumere todos los demás miembros del hogar:

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Marque todos aquellos que se apliquen a cualquier persona que viva en su hogar.

- ☐ Niños menores de 18 años
- ☐ Adultos mayores de 55 años
- ☐ Monoparental
- ☐ Recibir beneficios por discapacidad
- ☐ Veteran

¿Con qué etnia te identificas más??

(Opcional: HCCM solo utiliza esta información para solicitar financiación de subvención específica).

- ☐ caucásico ☐ Hispano ☐ Negro o afroamericano ☐ Medio este ☐ asiático ☐ Otro

ROI Consent

Reconozco que mi información se almacenará en una base de datos segura, Oasis Insights, y será utilizada por CTFB y la despensa que brinda asistencia para mejorar los servicios que se ofrecen a mí y a mi comunidad. Cualquier informe que utilice mis datos no revelará mi identidad.

Al dar mi consentimiento para divulgar mi información, acepto compartir mi información con el Central Texas Food Bank (CTFB) y sus socios para facilitar el acceso a alimentos en otras despensas de la red CTFB. Al no dar mi consentimiento, acepto compartir mi información únicamente con esta agencia y CTFB.

☐ El cliente acepta compartir sus datos con los socios del Central Texas Food Bank.

☐ Cliente HACE no acepta compartir sus datos con los socios del Central Texas Food Bank.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL HOGAR

Uso exclusivo de oficina:

- ☐ **Out of serving area**
- ☐ **Packet and box given to become Full Services Member**
- ☐ **Appointment declined**
- ☐ **Emergency box declined/ Packet given to become Full Services Member**

Client Crisis Code: ***Loss of Employment*** ***Disability*** ***Low Income*** ***Refugee***
Unhoused ***Protected Address*** ***Flood Disaster*** ***Increase In Bills*** ***Diaper Bank Only***

Client Status: ***New*** ***Return Client*** ***Update (Current Client)***

HCCM Staff Signature:

Date: _____