

INFORMACIÓN DEL HOGAR

Case# _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Idioma preferido: _____

correo electrónico: _____

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 given to become Full Services Member**

- Appointment declined**

Client Crisis Code: *Loss of Employment* *Disability* *Low Income* *Refugee*

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

HCCM Staff Signature: _____ **Date:** _____