

SPANISH



Service Insights on MealConnect Intake Form_v2

SIMC Formulario de Admisión

Fecha

Información del Jefe de Hogar

Nombre

Nombre	MI	Apellidos
--------	----	-----------

Dirección

Sin domicilio

Ciudad	Estado <input type="checkbox"/>	Zip Code
--------	---------------------------------	----------

Fecha de Nacimiento

Correo Electrónico

Permiso para contactar

Teléfono

Permiso para contactar

¿Qué método de comunicación prefieres?

Texto Llamada Correo Electrónico

Los Miembros del Hogar

Nombre

Fecha de Nacimiento

Nombre	Apellidos
--------	-----------

Nombre

Fecha de Nacimiento

Nombre	Apellidos
--------	-----------

Nombre**Fecha de Nacimiento****Nombre****Fecha de Nacimiento****Nombre****Fecha de Nacimiento****Representate Autorizado****Nombre****Teléfono****El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia (TEFAP) Elegibilidad**

¿Hay alguien en tu hogar recibiendo beneficios de SNAP o estampillas de comida?

- Sí
 No
 No sé / Prefiero no responder

¿Hay alguien en tu hogar recibiendo beneficios a través de uno de los siguientes programas gubernamentales? **Seleccione todas las que correspondan.**

- Comidas gratis o a precio reducido
 TANF o asistencia en efectivo
 Medicaid
 Desempleo
 Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
 Mujeres, bebés y niños (WIC)
 Ninguno
 No sé / Prefiero no responder

Ingreso**Monto Semanal \$**

o

Monto Mensual \$

o

Monto Anual \$**Elegibilidad de Crisis**

¿Está este hogar en crisis?

Por favor, explique la crisis que está experimentando el hogar.

Certifico lo siguiente:

1) Soy miembro o apoderado del hogar que reside en la dirección provista y que, en nombre del hogar, me postulo a Alimentos del USDA que se distribuyen a través del Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia; 2) toda la información facilitada a la agencia que determina la elegibilidad de mi hogar es, a mi leal saber y entender, verdadera y correcta. Reconozco que puedo ser procesado por efectuar declaraciones falsas relacionadas con la información que he facilitado para esta solicitud.

**USO EXCLUSIVO
DEL PERSONAL**

Segun los requisitos de TEFAP y la informacion anterior, el vecino parece ser:

- Elegible : 6 meses Elegible : 1 año No Elegible

Firma del CE o del Sitio Personal

Fecha

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture; Office of the Assistant Secretary for Civil Rights; 1400 Independence Avenue, SW; Washington, D.C. 20250-9410; or (2) fax: (833)256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta entidad es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Demografía

Identidad de Género: ¿Con qué género te identificas?

- Hombre Mujer Transgénero Mujer Transgénero Hombre Transgénero
 Persona de género no conforme Ninguno No sé / Prefiero no responder

Raza y Etnicidad: ¿Cómo te identificas en términos de raza y/o etnicidad? Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Blanco Hispano, Latino o Español Negro o Afroamericano De Oriente Medio o del Norte de África
 Asiático Indígena Americano o Nativo de Alaska Nativo Hawaiano u Otro Isleño del Pacífico
 Alguna otra raza o etnicidad No sé / Prefiero no responder

Estado laboral: ¿En el último mes, usted o alguien en su hogar trabajó a tiempo completo (por más de 30 horas a la semana)?

- Sí No No sé / Prefiero no responder

Estado de Discapacidad: ¿Alguien en su hogar, incluyéndolo a usted mismo, tiene una discapacidad que les impide aceptar cualquier tipo de trabajo durante los próximos seis meses?

- Sí No No sé / Prefiero no responder

Estado Militar: ¿H alguien en su hogar, incluyéndolo a usted mismo, que ha servido en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? El servicio activo incluye el servicio en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, así como la activación de la Reserva o la Guardia Nacional.

- Sí, en servicio activo en el pasado, pero no actualmente. Sí, actualmente en servicio activo.
- No, nunca en servicio activo excepto para entrenamiento inicial/básico.
- No, nunca ha servido en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos. No sé / Prefiero no responder

Inseguridad Alimentaria

¿Podrías decirme si lo siguiente es frecuentemente cierto, a veces cierto, o nunca cierto para (usted o su hogar)?

"Durante los últimos 30 días, nos preocupamos si nuestra comida se acabaría antes de tener dinero para comprar más."

- Frecuentemente cierto A veces cierto Nunca cierto

"Durante los últimos 30 días, la comida que compramos simplemente no duró y no teníamos dinero para obtener más."

- Frecuentemente cierto A veces cierto Nunca cierto

Miembros Adicionales del Hogar

Name		Fecha de Nacimiento
<input type="text" value="Nombre"/>	<input type="text" value="Apellidos"/>	<input type="text" value=""/>

Name		Fecha de Nacimiento
<input type="text" value="Nombre"/>	<input type="text" value="Apellidos"/>	<input type="text" value=""/>

Name		Fecha de Nacimiento
<input type="text" value="Nombre"/>	<input type="text" value="Apellidos"/>	<input type="text" value=""/>

Name		Fecha de Nacimiento
<input type="text" value="Nombre"/>	<input type="text" value="Apellidos"/>	<input type="text" value=""/>

Adicionales Apoderado

Nombre		Teléfono
<input type="text" value="Nombre"/>	<input type="text" value="Apellidos"/>	<input type="text" value="Numero de Teléfono"/>