



Link2Feed Formulario de Ingreso

Jefe de hogar



* Indica información requerida

Información general/personal

* Fecha de su primera visita a cualquier despensa: _____ Desconocida Primera visita

* Apellido(s): _____ * Nombre: _____

* Fecha de nacimiento: ____/____/____ ¿Fecha estimada? S N

* NÚMERO TOTAL DE OTRAS PERSONAS EN EL HOGAR: _____

Debe llenar un formulario de ingreso suplementario para cada miembro del hogar.

* Identidad de género: Masculino Femenino No binarie Otro/Otra Prefiero no responder

* Dirección: _____

Línea 2 de dirección (Apartamento / Salón, etc.): _____

* Ciudad: _____ * Estado: _____ * Código Postal: _____

Sin dirección fija Prefiero no responder

* Tipo de hogar (Seleccione uno):

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Albergue de emergencia / Misión / vivienda de transición amigos | <input type="checkbox"/> Renta privada | <input type="checkbox"/> Con familia / |
| <input type="checkbox"/> Evacuado | <input type="checkbox"/> Hogar público (social) | <input type="checkbox"/> Hogar juvenil / Albergue |
| <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | <input type="checkbox"/> No sé |
| <input type="checkbox"/> Hogar propio | <input type="checkbox"/> Sin hogar | |

Correo electrónico: _____

—

Número(s) de teléfono: _____ Hogar Celular Trabajo Fax Otro

* Indica información requerida

*** Etnicidad (seleccione todas las que apliquen):**

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco / Anglo | <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano | <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska, Aleutiano o Esquimal | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <input type="checkbox"/> Hispano / Latino | <input type="checkbox"/> Medio Oriental / Nofricano | <input type="checkbox"/> Ninguna |
| <input type="checkbox"/> Indio americano / Nativo americano | <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico | <input type="checkbox"/> No sé |

*** Se identifica como (seleccione todas las que apliquen):**

- Militar activo Discapacitado Veterano Ninguno No sé Otro Prefiero no responder

Información de perfil

*** Tipo de empleo actual (escoja uno):**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No trabaja y busca trabajo activamente | <input type="checkbox"/> Estudiante de postsecundaria |
| <input type="checkbox"/> No trabaja porque es cuidador (sin pago)/estudiante/otro | <input type="checkbox"/> Jubilado |
| <input type="checkbox"/> Tiempo completo | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <input type="checkbox"/> Tiempo parcial | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> No trabaja debido a una discapacidad o mala salud | <input type="checkbox"/> No sé |
| <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

Ingreso mensual y beneficios del jefe de hogar

***¿Alguien en su hogar recibe cupones de alimentos, los beneficios de SNAP (programa de asistencia de nutrición suplementaria)?**

- Sí No No sé Prefiero no responder

Otras asistencias recibidas por el jefe de hogar (marque todas las que apliquen):

- Asistencia para Energía para Hogares de Bajos Recursos (LIHEAP)
- Otra
- Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)
- Ninguno
- No sé
- Prefiero no responder

* Indica información requerida

OPCIONAL - Consideraciones dietéticas para cualquiera en el hogar

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Halal | <input type="checkbox"/> Sin huevos | <input type="checkbox"/> Sin soya |
| <input type="checkbox"/> Kosher | <input type="checkbox"/> Sin gluten/trigo | <input type="checkbox"/> Sin nueces arbóreas |
| <input type="checkbox"/> Intolerante a la lactosa | <input type="checkbox"/> Sin cacahuates | <input type="checkbox"/> Ninguna |
| <input type="checkbox"/> Bajo en sodio | <input type="checkbox"/> Sin cerdo | <input type="checkbox"/> Vegano |
| <input type="checkbox"/> Bajo en azúcar | <input type="checkbox"/> Sin carne roja | <input type="checkbox"/> Vegetariano |
| <input type="checkbox"/> Sin lácteos | <input type="checkbox"/> Sin mariscos | <input type="checkbox"/> No sé |
| <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | | |
| <input type="checkbox"/> Otra (Especifique) _____ | | |

*La respuesta no limita su acceso a los artículos de la despensa

Consentimiento y descargo de responsabilidad

El Northern Illinois Food Bank (Banco de Alimentos del Norte de Illinois) respeta su información y desea garantizar que se mantenga privada. Proporcionar información de manera electrónica puede ser más seguro que proporcionarla en escrito. Solo ciertos miembros del personal y voluntarios pueden registrarse al sistema informático, y cada persona ha sido capacitada y ha firmado un acuerdo para que su información se mantenga privada.

Es posible que usemos su información personal por varias razones:

- **Para mejorar nuestros programas:** Es posible que usemos su información para mejorar nuestros programas o actividades. Por ejemplo, el personal puede revisar la información para verificar la calidad de los servicios que reciben las personas.
- **Para hacer investigación:** Es posible que usemos su información para hacer investigaciones y análisis. Cualquier informe producido con los datos **no** identificará su información individual. Nuestro personal y voluntarios solo compartirán su información con personas calificadas fuera de nuestra agencia.
- **Para conectarlo con otros programas:** Si usted lo solicita, es posible que compartamos su información personal para ver si es elegible para otros beneficios o programas, tales como beneficios del Seguro Social o SNAP.
- **Para informar sobre abuso, lesiones corporales o negligencia:** Somos obligados por ley a informar cualquier caso de sospecha de abuso o negligencia hacia niños o adultos vulnerables. También la ley nos obliga a compartir información acerca de usted a la policía en ciertos casos, por ejemplo, si usted lesiona a un miembro de nuestro personal, a otro cliente o si causa daños en nuestra propiedad. También es posible que compartamos su información personal en caso de una amenaza al público, tal como un ataque terrorista o un desastre natural.

Tipo de firma: Firma en papel

* Nombre del cliente: _____

* Indica información requerida

* Firma del cliente: _____

* Fecha (MM/DD/AAAA): _____

Notas:
