



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: _____ *Nació: ___/___/___

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

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ * Código Postal: _____

Condado: _____ Sin dirección fija *Proveer la dirección completa es voluntario y no se requiere para recibir comida*

Correo electrónico: _____ Número(s) de teléfono: _____

Método de comunicación (Como podemos comunicar con usted): Correo electrónico Voz (teléfono) Texto

*Etnicidad (seleccione todas las que apliquen):

- Blanco / Anglo Asiático Otro Prefiero no responder Hispano/Latino Negro / Afroamericano Nativo de Alaska, Aleutiano o Esquimal Isleño Pacífico Medio Oriental / Norafricano Indio americano / Nativo americano

Información de perfil

*Tipo de empleo actual (escoja uno): Estudiante de postsecundaria Jubilado Ninguno Prefiero no responder
 Tiempo parcial Tiempo completo No trabaja y busca trabajo activamente No trabaja debido a una discapacidad o mala salud No trabaja porque es cuidador(sinago)/estudiante/otro

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 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) Prefiero no responder
- Otra Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)

OPCIONAL - Consideraciones dietéticas para cualquiera en el hogar

- Halal Sin huevos Sin soya Sin mariscos Sin lácteos Vegetariano Vegano
- Kosher Sin gluten/trigo Sin nueces arbóreas Sin carne roja Bajo en azúcar Sin cerdo
- Intolerante a la lactosa Sin cacahuates Ninguna Bajo en sodio Otra _____

Miembro del hogar

*Apellido(s): _____ *Nombre: _____

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

*Etnicidad (seleccione todas las que apliquen):

- Blanco / Anglo Asiático Otro Prefiero no responder Hispano/Latino Negro / Afroamericano Nativo de Alaska, Aleutiano o Esquimal Isleño Pacífico Medio Oriental / Norafricano Indio americano / Nativo americano

*Relación con el jefe de hogar: Esposo(a) Hijo(a) Padre/Madre Hermano(a) Nieto(a) Abuelo(a) Otro pariente Novio(a) Amigo(a) Pareja de hecho No revelado Otro Representante legal Compañero(a) de hogar

* Indica información requerida

Miembro del hogar	
*Apellido(s): _____	*Nombre: _____
*Fecha de nacimiento: ___/___/___ *Identidad de género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binarie <input type="checkbox"/> Otro/Otra <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
*Etnicidad (seleccione todas las que apliquen):	
Blanco / Anglo <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska, Aleutiano o Esquimal <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Medio Oriental / Nofricano <input type="checkbox"/> Indio americano / Nativo americano	
*Relación con el jefe de hogar: <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Novio(a) <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> No revelado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Compañero(a) de hogar	
Miembro del hogar	
*Apellido(s): _____	*Nombre: _____
*Fecha de nacimiento: ___/___/___ *Identidad de género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binarie <input type="checkbox"/> Otro/Otra <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
*Etnicidad (seleccione todas las que apliquen):	
Blanco / Anglo <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska, Aleutiano o Esquimal <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Medio Oriental / Nofricano <input type="checkbox"/> Indio americano / Nativo americano	
*Relación con el jefe de hogar: <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Novio(a) <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> No revelado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Compañero(a) de hogar	
Miembro del hogar	
*Apellido(s): _____	*Nombre: _____
*Fecha de nacimiento: ___/___/___ *Identidad de género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binarie <input type="checkbox"/> Otro/Otra <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
*Etnicidad (seleccione todas las que apliquen):	
Blanco / Anglo <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska, Aleutiano o Esquimal <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Medio Oriental / Nofricano <input type="checkbox"/> Indio americano / Nativo americano	
*Relación con el jefe de hogar: <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Novio(a) <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> No revelado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Compañero(a) de hogar	

Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales o locales y sus subreceptores, deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación: De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del USDA, esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, identidad de género, 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 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: USDA 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; o (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

El Banco de Alimentos del Norte de Illinois (NIFB) 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 la usemos para:

- **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. El 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.
- **Para informarle actualizaciones importantes:** Si indica "comunicación por medio mensaje de texto, voz o correo electrónico", su información podrá compartirse, descargarse y usarse en todas las aplicaciones. Es posible que reciba información tanto de las agencias miembro como del NIFB.

Nombre del cliente: _____ * Firma del cliente: _____ *Fecha: ___/___/___

Formulario de ingreso del jefe de hogar