



SPANISH

Entered by: _____ Date: _____

Case #: _____ Card Printed: Yes No

Consumer Pantry

PO Box 2190, Livermore, CA 94551

Residency Verified by staff:

Inscripción para Miembro y Familia

Requerido			
1. NOMBRE o INICIAL		2. FECHA DE NACIMIENTO	
3. AÑOS			
4. Número total de personas en la casa _____		5. MIEMBROS EN EL HOGAR DEPENDIENDO DE SU EDAD	
Niños (< 1) _____ Niños (1-5) _____ Niños (6-17) _____		Adultos (18-59): _____ Personas mayores (60+): _____	
6. Dirección		7. Ciudad	8. CÓDIGO POSTAL
9. Teléfono Principal			
<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo (_____) _____ Correo electrónico: _____			
Opcional			
10. Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Prefiero no decir			
11. ¿Se identifica como transgénero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no decir			
12. ¿Cómo se autodefine en base a su raza o etnicidad?			
<input type="checkbox"/> hispano, latinx o spanish	<input type="checkbox"/> chino	<input type="checkbox"/> nativo americano	<input type="checkbox"/> Indio
<input type="checkbox"/> negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> japonés	<input type="checkbox"/> nativo hawaiano o	<input type="checkbox"/> Sudeste Asiatico
<input type="checkbox"/> blanco o caucásico	<input type="checkbox"/> coreano	isleño del pacífico	<input type="checkbox"/> Prefiero no decir
<input type="checkbox"/> medio oriental o norteafricano	<input type="checkbox"/> vietnamita	<input type="checkbox"/> filipino	<input type="checkbox"/> Opciones que no están en la lista: _____
13. ¿Cuál idioma prefiere?			
<input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> cantonés <input type="checkbox"/> mandarín <input type="checkbox"/> taishané <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> tagalo <input type="checkbox"/> No está en la lista: _____			
14. ¿Cómo llega a este lugar de distribución de alimentos usualmente?			
<input type="checkbox"/> Caminando <input type="checkbox"/> En bicicleta <input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Autobús/BART <input type="checkbox"/> Taxi/LYFT/UBER <input type="checkbox"/> Transporte para discapacitados <input type="checkbox"/> No aparece en la lista: _____			
15. ¿Le gustaría saber si puede calificar para los beneficios de CalFresh? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A			
Teléfono: (_____) _____			
¿Es usted la mujer cabeza de familia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A			
¿Estás sin hogar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A			

Oasis Insight es una base de datos computarizada compartida en la nube que registra información sobre personas que necesitan servicios de emergencia, incluida, entre otras, asistencia alimentaria, a través de la red de sitios de distribución de alimentos del Banco de Comida Comunitario del Condado de Alameda (ACCFB). Alameda County Community Food Bank (Agencia participante).

Entiendo que toda la información recopilada sobre mí es personal y privada y que no tengo que participar en Oasis Insight. Entiendo que mi información se mantendrá segura y que mi información de identificación personal, como mi nombre, dirección completa y números de teléfono, no se compartirá con nadie que no sea ACCFB y su Red de Agencias Participantes. ACCFB utiliza esta información sólo para obtener información sobre cómo brindar un mejor servicio a la comunidad con asistencia alimentaria de emergencia y otros servicios basados en la comunidad.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre Oasis Insight y de revisar la información que este formulario autoriza compartir con la Red de Agencias Participantes de ACCFB. Esta divulgación de información permanecerá en vigencia por tres años a partir de la fecha indicada al pie de esta página a menos que haga una solicitud formal a Alameda County Community Food Bank (Agencia participante) o a ACCFB porque ya no deseo participar en Oasis Insight.

Autorizo a Alameda County Community Food Bank (Agencia participante) y a la Red de Agencias Participantes de ACCFB a recopilar y almacenar de manera segura mi información personal básica, de identificación y demográfica, así como la de mis dependientes, dentro de Oasis Insight.

Firma _____ Fecha _____



SPANISH

Consumer Pantry
PO Box 2190
Livermore, CA 94551

SECCIÓN V. Miembros del hogar

Por favor incluya todos los miembros de su familia con los cuales comparte alimentos regularmente.

	Nombre	Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA	Género	Origen étnico	Parentesco con el/la jefe de familia:
1					<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____
2					<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____
3					<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____
4					<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____
5					<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____
6					<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____
7					<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____
8					<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____
9					<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____
10					<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____

Fuente de referencia (marca solo una)?

- SSA 211 Sitio web Open Heart Kitchen CityServe Refugio AXIS Amigo/Familia TVNPA
 Otra fuente: _____

La información solicitada en esta sección no es necesaria para recibir alimentos de TEFAP. Su propósito es brindar información para otros servicios disponibles en esta agencia

Hasta donde usted sabe:

¿Cuál es su ingreso familiar ANUAL? \$ _____
 ¿Cuál es su ingreso familiar MENSUAL? \$ _____

¿Cuál es la fuente de sus ingresos? (marca solo una)?

- Empleo (Ingresos ganados) CalWORKS SSI SSDI Manutención de los hijos Desempleo GA
 Compensación de Trabajadores Desconocido Ninguno/Sin ingresos