

Food Pantry Client Intake Form (Bilingual)

Formulario de cliente para despensa de alimentos

1.) PERSONAL INFORMATION/Información personal (Head of Household/Jefe de Familia):

Last Name/APELLIDO: _____ First Name/Primer Nombre: _____

Date of Birth/Fecha de nacimiento: _____

Gender Identity/Identidad de género: Female/Mujer Male/Hombre Transgender/ Transgénero
 Other/Otra I Don't Know/No sé Prefer Not to Answer/Prefieren no responder

Marital Status/Estado Civil: Single/Soltero Married/Casado Common-Law/Union de Hecho
 Divorced/Divorciado Separated/Separado Widowed/Viudo I Don't Know/No sé
 Prefer Not to Answer/Prefieren no responder

Consent Signature: *By signing below, you consent to have this information entered into our online database. The collected information helps your food pantry and Regional Food Bank share accurate information for a clearer understanding of hunger in our community. We respect your privacy and will not share your personal, individual information with anyone outside of this partner network.*

Firma de consentimiento: *al firmar a continuación, usted acepta que esta información ingrese en nuestra base de datos en línea. La información recopilada ayuda a su despensa de alimentos y Regional Food Bank of Oklahoma a compartir información precisa para una comprensión más clara del hambre en nuestra comunidad. Respetamos su privacidad y no compartiremos su información personal e individual con nadie fuera de esta red de socios.*

Signature/Firma: _____ Today's Date/La fecha de hoy: _____

Address/Dirección: _____ Apt #/Apto #: _____

City/Ciudad: _____ Zip/Código Postal: _____ County/Condado: _____

Housing Type/Tipo de Vivienda: Own Home/Casa Propia Private Rental/Alquiler Privado

Emergency Shelter/Mission/Transitional/Refugio Emergencia/Misión/Transicional

Evacuee/Evacuado Public/Social Housing/Vivienda Publica With Family/Friends/Vive con Familia/Amigos

Youth Home/Shelter/Hogar de jóvenes Unhoused (homeless)/Sin Hogar Other/Otras I Don't Know/No sé Prefer Not to Answer/Prefieren no responder

Phone Number/Número de Teléfono: _____

Email Address/Correo Electrónico: _____

Were you referred to our agency by any of the following/Fue referido a nuestra agencia por cualquiera de los siguientes? Client/Friend/Family/Cliente/Amigo/Familia Emergency Shelter/Refugio de emergencia

Employment Support or Education/Apoyo al Empleo o Educación Health Care/Cuidado de Salud

Housing Support/Apoyo de Vivienda Media/News/Outreach/Medios/Noticias/Alcance

Mental Health Support or Education/Apoyo o educación en salud mental

Social Worker/Trabajador social School Program (for children)/Programa escolar (para niños)

Other (please specify)/Otro (especifique): _____ No Referral/ Sin referencia

I Don't Know/No sé Prefer Not to Answer/Prefieren no responder

Please continue to the next page/Por favor continúe a la página siguiente

Food Pantry Client Intake Form (Bilingual)

Formulario de cliente para despensa de alimentos

- Race or Ethnicity/Raza o grupo étnico:** White/Anglo/Blanco/Anglo Hispanic/Latino/Hispano/Latino
 Black/African American/Negro/Afroamericano Asian/Asiático Pacific Islander/Isleño del Pacífico
 American Indian/Native American/Indio Americano/Nativo Americano
 Middle Eastern/North African/Medio Oriente/Norte de África
 Alaska Native/Aleut/Eskimo/Nativo de Alaska/Aleut/Esquimal Other/Otro I Don't Know/No sé
 Prefer Not to Answer/Prefieren no responder

- Military Status/Estado militar:** Active Military/Militar activo Military Reservist/Reservista militar
 Veteran/Veterano Disabled Veteran/Veterano Discapacitado None/Ninguno
 I Don't Know/No sé Prefer Not to Answer/Prefieren no responder

1.) PERSONAL INFORMATION (Additional Members of Household): / INFORMACIÓN PERSONAL (miembros adicionales de familia):

Please fill in the chart to list each additional resident in the household address above. Por favor, complete la tabla para enumerar cada residente adicional en la dirección de la casa anteriormente.

Last Name/ Apellido:	First Name/ Primer Nombre:	Date of Birth/ Fecha de Nacimiento: <i>(format: xx/xx/xxxx)</i>	Gender Identity/ Identidad de género:	Relationship* to Head of Household/ Relación* con el jefe de familia:	Race or Ethnicity/ Raza o grupo étnico:	Military Status/ Estado militar:
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

***Relationship Options:** Boyfriend/Girlfriend, Child, Common-Law Partner, Friend, Grandchild, Grandparent, Parent, Roommate, Spouse, Sibling, Ward, Other Relative, Other, Don't Know

*** Opciones de relación:** novio / novia, hijo, pareja de hecho, amigo, nieto, abuelo, padre, compañero de cuarto, cónyuge, hermano, pupilo, otro pariente, otro, no se

2.) PROFILE/PERFIL

Head of Household Education Level/Jefe de nivel de educación del hogar:

- Grade 0-8/Primaria Grade 9-11/Secundaria GED/GED
 High School Diploma/Diploma de escuela secundaria Some Post-Secondary/Post Secundaria
 Trade School/Professional Accreditation/Escuela Técnica/ Acreditación profesional
 2 Year Degree/El título de asociado 4 Year Degree/Licenciatura Master's Degree/Maestría
 PhD/Doctor en Filosofía I Don't Know/No sé Prefer Not to Answer/Prefieren no responder

Please continue to the next page/Por favor continúe a la página siguiente

Food Pantry Client Intake Form (Bilingual)

Formulario de cliente para despensa de alimentos

Head of Household Employment Type/Jefe de hogar Tipo de empleo:

- Full-Time/A Tiempo Completo
- Part-Time/Medio Tiempo
- Self-Employed/Empleado/Propio
- Post-Secondary Student/Estudiante Post Secundaria
- Retired/Jubilado
- Unemployed/Desempleado
- Working Multiple Jobs/Trabajando múltiples trabajos
- Other/Otra
- None/Ninguno
- Unable to Work Due to Disability/Incapaz de trabajar debido a discapacidad
- I Don't Know/No sé
- Prefer Not to Answer/Prefieren no responder

3.) MONTHLY INCOME/INGRESOS MENSUALES

Please list the Monthly Gross (Pre-Tax) Income for the entire household/ Por favor, enumere el ingreso bruto mensual (antes de impuestos) para todo el hogar: \$ _____

Please check the benefit programs the household is enrolled in, if any/ Por favor, verifique los programas de beneficios en los que está inscrito el hogar, si los hubiera: FDIR (Tribal Benefits)/FDIR (Beneficios Tribales)

- TANF
- Medicaid/Soonercare
- Medicare
- SNAP/Food Stamps/Cupones de alimentos
- WIC
- Veteran Benefits/Beneficios para veteranos
- I Don't Know/No sé
- Prefer Not to Answer/Prefieren no responder

4.)DIETARY CONSIDERATIONS/CONSIDERACIONES DIETARIAS

Please list any special dietary needs in your household, if any/Por favor, marque las necesidades dietéticas especiales en su hogar, en su caso: Dairy Allergy/Alergia a los lácteos- Diabetic/Diabetico

- Egg Allergy/Alergia al huevo
- Gluten Allergy/Alergia al gluten
- Halal
- Kosher
- Low Sodium/Bajo contenido de sodio
- Peanut Allergy/Alergia al mani/cacahuete
- Shellfish Allergy/Alergia a los mariscos
- Soy Allergy/Alergia a la soja
- Tree Nut Allergy/Alergia a las nueces de arbol
- Vegan/Vegano
- Vegetarian/Vegetariano
- Wheat Allergy/Alergia al trigo
- Dieta Renal
- Don't Know/No se
- Prefer Not to Answer/Prefieren no responder