



**Helping Harvest Food Bank  
Service Insights- MealConnect Offline Intake Form**

**SOLO PARA USO DEL PERSONAL:**

Barcode #: \_\_\_\_\_



**Por favor, imprima claramente  
Las preguntas requeridas son \*audaz**

**Información de la Cabeza del Hogar**

\* **Nombre (Primero, Segundo):** \_\_\_\_\_  
 \* **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mm/dd/yyyy)

\* **Dirección:** \_\_\_\_\_ Apt/FL/Rm: \_\_\_\_\_  
 \* **Ciudad:** \_\_\_\_\_ \* **Estado:** \_\_\_\_\_ \* **Código postal:** \_\_\_\_\_  
 \* **Condado:** \_\_\_\_\_  
 Sin dirección fija

\* **Número de teléfono:** \_\_\_\_\_  
 Ok para contactar por teléfono  
 Sin teléfono  
 Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Ok para contactar por correo electrónico  
 ¿Qué método de comunicación prefieres?  
 Mensaje de texto  
 Llamar  
 Correo electrónico

\* **Race/Ethnicity (choose all that apply):**  
 Blanco  
 Asiático  
 Hispano, latino o español  
 Negro o afroamericano  
 Indio americano o nativo de Alaska  
 Alguna otra raza o etnia  
 Oriente Medio o África del Norte  
 No sé / Prefiero no responder  
 Otro: \_\_\_\_\_

Idioma(s) preferido(s):  
 Inglés  
 Español  
 Francés  
 Coreano  
 Ruso  
 Otro:  
 ¿Necesita servicios de traducción?  
 Sí  
 No

\* **Gender:**  
 Masculino  
 Hembra  
 Transgénero  
 Hombre Trans / Hombre Trans  
 Trans Mujer / Mujer Trans  
 No conforme con el género  
 No binario  
 No sé / Prefiero no responder

*Este formulario está diseñado para recopilar información sobre usted y su hogar para que pueda incluirse en nuestro sistema de seguimiento de clientes sin papel, Service Insights en MealConnect. Al proporcionar esta información en este formulario, usted acepta que se transfiera a SI-MC. Sus datos nunca se compartirán con ningún tercero fuera de la red de alimentos benéficos sin su consentimiento, y nunca se venderán. Si tiene preguntas, comuníquese con Helping Harvest o con el coordinador de su despensa de alimentos local.*

\* **MIEMBROS DEL HOGAR-** Proporcione la siguiente información para **TODOS** los demás miembros que viven en el hogar- **NO SE INCLUYA A SÍ MISMO**. Si necesita más espacio, utilice la parte posterior de esta hoja.

*Nombre (Primero)	*Nombre (Segundo)	* Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)	Edad

\* ¿Alguien en el hogar recibe actualmente SNAP o cupones para alimentos? Si?  No

\* **Firma del vecino:** \_\_\_\_\_ \* **Fecha de finalización:** \_\_\_\_\_