



Food Assistance Program - Client Intake Form

ENGLISH

Case #: _____

*Note: **Dark Gray** fields with an Asterisk (*) are mandatory. **Light gray** demographics fields are optional and not required to receive food.*

Head of Household Information			
First Name*			
Last Name*			
Date of Birth*			
Street Address*		Apt #*	
City		Zip Code*	

Demographic information below is not required to receive food.

Phone Number	()	<input type="checkbox"/> Cell	<input type="checkbox"/> Home	<input type="checkbox"/> Work
Email Address				
Gender	<input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Transgender <input type="checkbox"/> Non-binary <input type="checkbox"/> Prefer to Self-Describe: _____			
Ethnicity	<input type="checkbox"/> African American/Black <input type="checkbox"/> Hispanic/Latinx <input type="checkbox"/> Multi-Race <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native American/Native Alaskan <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Caucasian/White <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander			
Primary Language	<input type="checkbox"/> English (English) <input type="checkbox"/> Tagalog (Filipino) <input type="checkbox"/> Français (French) <input type="checkbox"/> Español (Spanish) <input type="checkbox"/> 普通话 (Mandarin) <input type="checkbox"/> Ayisyen (Haitian) <input type="checkbox"/> Tiếng Việt (Vietnamese) <input type="checkbox"/> Somaliyeed (Somali) <input type="checkbox"/> አማርኛ (Amharic) <input type="checkbox"/> ភ្នំពេញ (Cambodian) <input type="checkbox"/> русский (Russian) <input type="checkbox"/> ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) <input type="checkbox"/> 日本 (Japanese) <input type="checkbox"/> 한국인 (Korean) <input type="checkbox"/> Other: _____			

Other Household Members*

First and Last Name*	Date of Birth*	Gender	Ethnicity	Relationship*
			<input type="checkbox"/> Same as you <input type="checkbox"/> Other: _____	
			<input type="checkbox"/> Same as you <input type="checkbox"/> Other: _____	
			<input type="checkbox"/> Same as you <input type="checkbox"/> Other: _____	
			<input type="checkbox"/> Same as you <input type="checkbox"/> Other: _____	
			<input type="checkbox"/> Same as you <input type="checkbox"/> Other: _____	

Check if Anyone in Household is	<input type="checkbox"/> Disabled <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Veteran <input type="checkbox"/> Active Military or Dependent
Household Public Benefits	<input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Disability <input type="checkbox"/> Medicare/Medi-Cal <input type="checkbox"/> Social Security
Gross Household Income	<input type="checkbox"/> No Income \$ _____ <input type="checkbox"/> Weekly / <input type="checkbox"/> Twice per month / <input type="checkbox"/> Monthly / <input type="checkbox"/> Yearly

Proxy (Authorized Person(s) to Pick up on Your Behalf) _____

San Diego Food Bank Database*	<i>By signing this form, I am confirming that the information provided is accurate. I understand that the information provided will be entered into a secure, password-protected database that may be shared between all nonprofit food and diaper service providers and the Jacobs & Cushman San Diego Food Bank. This is not a government-run program/database. Information collected is for statistical reporting and funding purposes and will remain confidential to external parties.</i> <i>I understand that I cannot hold liable any organization for the food products obtained at this site; it is my discretion whether or not to consume the food products.</i>	
	Signature*	Date

2-1-1 Database for other services and assistance	<i>I have read the CIE authorization on reverse side and by providing my signature and date below, I agree to these terms.</i>	
	Signature	Date



Programa de Asistencia Alimentaria – Formulario de Admisión

SPANISH

Case #: _____

Nota: Los campos de color gris oscuro con un asterisco () son obligatorios. Los campos demográficos de color gris claro son opcionales y no son obligatorios para recibir alimentos.*

Información de la cabeza de familia				
Nombre*				
Apellido*				
Fecha de Nacimiento*				
Dirección*		Apartamento*		
Ciudad		Código Postal*		
<i>La información demográfica a continuación no es necesaria para recibir alimentos.</i>				
Número de Teléfono	()	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		
Correo Electrónico				
Género	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Trans Género <input type="checkbox"/> No-binario <input type="checkbox"/> Prefiero auto describirme: _____			
Origen Étnico	<input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico	<input type="checkbox"/> Hispano/Latinx <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Idioma Preferido	<input type="checkbox"/> English (English) <input type="checkbox"/> Español (Spanish) <input type="checkbox"/> Tiếng Việt (Vietnamese) <input type="checkbox"/> ភ្នំពេញ (Cambodian) <input type="checkbox"/> 日本 (Japanese)	<input type="checkbox"/> Tagalog (Filipino) <input type="checkbox"/> 普通话 (Mandarin) <input type="checkbox"/> Somaliyeed (Somali) <input type="checkbox"/> русский (Russian) <input type="checkbox"/> 한국인 (Korean)	<input type="checkbox"/> Français (French) <input type="checkbox"/> Ayisyen (Haitian) <input type="checkbox"/> አማርኛ (Amharic) <input type="checkbox"/> ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Otros Miembros en el Hogar*				
Nombre y Apellido*	Fecha de Nacimiento*	Género	Origen Étnico	Relación*
			<input type="checkbox"/> Igual a usted <input type="checkbox"/> Otro: _____	
			<input type="checkbox"/> Igual a usted <input type="checkbox"/> Otro: _____	
			<input type="checkbox"/> Igual a usted <input type="checkbox"/> Otro: _____	
			<input type="checkbox"/> Igual a usted <input type="checkbox"/> Otro: _____	
			<input type="checkbox"/> Igual a usted <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Marque Si Alguien en el Hogar Es	<input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Militar Activo o Dependiente			
Beneficios Públicos del Hogar	<input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Medicare/Medi-Cal <input type="checkbox"/> Seguro Social			
Ingresos Brutos del Hogar	<input type="checkbox"/> Sin Ingresos \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanales / <input type="checkbox"/> Quincenal / <input type="checkbox"/> Mensual / <input type="checkbox"/> Annual			
Apoderado (Persona(s) Autorizada) Para Recoger Por Usted				
San Diego Food Bank Base de Datos*	Al firmar este formulario, confirmo que la información proporcionada es correcta. Entiendo que la información proporcionada será ingresada a una base de datos seguro, protegido por contraseña que puede compartirse entre todos los proveedores de servicios de pañales y alimentos sin fines de lucro y el Jacobs & Cushman San Diego Food Bank. No es un programa o base de datos administrado por el gobierno. La información colectada es para informes estadísticos y fines de financió y permanecerán confidenciales para partes externas. Entiendo que no puedo responsabilizar a ninguna organización por los productos alimenticios obtenidos en este sitio; está a mi discreción consumir o no los productos alimenticios.			
	Firma*		Fecha	
2-1-1 Base de Datos para otros servicios y asistencia	He leído la Autorización de CIE en el reverso y al proporcionar mi firma y la fecha a continuación, acepto estos términos.			
	Firma		Fecha	