

ANNUAL HOUSEHOLD INCOME

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Below \$10,000 | <input type="checkbox"/> \$25,000-\$34,999 |
| <input type="checkbox"/> \$10,000-\$14,999 | <input type="checkbox"/> \$35,000-\$49,999 |
| <input type="checkbox"/> \$15,000-\$24,999 | <input type="checkbox"/> \$50,000 and over |

Alameda median income % (AMI) _____

SECCIÓN V. Miembros del hogar Por favor incluya todos los miembros de su familia con los cuales comparte alimentos regularmente.					Parentesco con el/la jefe de familia:
	Nombre	Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA	Género	Origen étnico	
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 _____

ESTADO DE EMPLEO (SOLO 18 o mas):

Nombre: _____ Desempleado Tiempo completo Tiempo parcial Empleado por propia cuenta Retirado Desactivado/a

Nombre: _____ Desempleado Tiempo completo Tiempo parcial Empleado por propia cuenta Retirado Desactivado/a

Nombre: _____ Desempleado Tiempo completo Tiempo parcial Empleado por propia cuenta Retirado Desactivado/a

Como describiría su hogar?

- Soltero/a
- Pareja
- Todos adultos (no menores de 18)
- Soltero/a con niños menos de 18
- Dos o mas adultos con niños menos de 18
- Otro: _____

CARACTERISTICAS DEL HOGAR: POR FAVOR MARQUE TODOS QUE APLIQUEN

Soltera con niños menor de 18	
Soltero con niños menor de 18	
Vivienda Compartida (por necesidad)	
Desactivado/Necesidades Especiales (por favor marque) (fisica/mental/medica crónico/a)	
Veterano/a	
Militar (Servicio Activo)	
Victima/ Sobreviviente de Abuso Domestico	
Refugiado/a	
Recibiendo Cal Works/TANF	
Recibiendo Estampillas de Alimentos	
Recibiendo GA (Asistencia General)	
Recibiendo SSI/SSDI (Seguro de Ingreso Suplementario/Seguro por Incapacidad)	
Recibiendo desempleo	

Marque una opcion:

 De tu casa eres **DUEÑO** ALQUILAS SIN HOGAR
Cuanto es tu pago mensual?

\$ _____

POR FAVOR MARQUE TODO LOS SERVICIOS QUE RECIBE O NECESITA:

	Necesita	Recibe
Comida: (Food)		
Ropa: (Clothing)		
Servicio de Sin Hogar / Referencia de Refugio: (Need shelter referral /Homeless Service)		
Regreso a Escuela/ Canasta Dia Festivo: (Special Programs: Back to school/holiday basket)		
Referencia/Asistencia de Violencia Domestica: (Domestic violence referral/assistance)		
Medico/Dental: (Medical/Dental care)		
Asesoramiento: (Counseling)		
Asistencia de Transporte: (Transportation assistance)		
CARE/ Asistencia de Servicios Públicos: (CARE/Utility assistance)		
Cuidado de Niños: (Childcare)		
Referencia/Asistencia de Vivienda Asequible: (Affordable housing assistance/referral)		
Otro: (Other)		



SPANISH

Entered by: _____ Date: _____

Case #: _____ Card Printed: Yes No

Davis St File Folder Completed Date: _____

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 (0-5) _____ 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	<input type="checkbox"/> Sudeste Asiatico
<input type="checkbox"/> blanco o caucásico	<input type="checkbox"/> coreano	<input type="checkbox"/> isleño del pacifico	<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"/> 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: (_____) _____			

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 _____