



Park-it Market – Formulario de registro del hogar
 (El formulario de registro debe ser completado)



Usuario Principal

Apellido: _____ **Nombre:** _____
Fecha de nacimiento: _____ **Género:** _____ **Estado Civil:** _____
Domicilio: _____ **Ciudad:** _____ **Código Postal:** _____

Tipo de vivienda (circule uno)

Emergencia, Evacuado, Casa propio, Renta Privado, Vivienda pública (social), viviendo con familia o amigos, Hogar/refugios para jóvenes, No revelado, Sin vivienda, Otro

Correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____ **Idioma:** _____

Cómo escucho de nosotros?

- 2-1-1
- Distribución de comida
- Clínica/oficina de doctor/hospital
- Tienda de conveniencia/mercado
- Centro Comunitario o Centro para personas Mayores
- Cliente/Amigo/Familiar
- De la escuela o la universidad
- Recibió una carta o postal en el correo
- Búsqueda de Internet
- Noticia/Redes social
- Otro: _____
- Otros servicios que ofrece esta ubicación.
- Feria de Recursos / Salud

Grupo étnico para usuario principal

- Blanco
- Negro/afroamericano
- Hispano/Latino
- Indio Americano/Nativo Americano
- Asiático
- Nativo de Alaska/Aleut/Esquimal
- Medio-Oriente/North-African
- Ninguno
- No revelado
- Isleño del Pacífico
- Otro

Auto-identificarse como: *opcional

- Estudiante Universitario
- Discapacitado
- Jóvenes en acogida (actual o anterior)
- LGBTQ +
- Hogar multigeneracional
- Ninguno
- Otro: _____
- No revelada
- Veterana

¿Usted participa en una de las siguientes programas?

- CalFresh (estampillas de comida)
- Comidas escolares gratis o precio reducido
- Medi-Cal
- Medicare
- Programa de almuerzos para personas mayores
- WIC
- Descuentos en servicios públicos



Park-it Market – Formulario de registro del hogar
(El formulario de registro debe ser completado)



Por favor circule todos los que aplican para cada categoría:

Tipo de empleo (para usuario principal):

- Tiempo completo
- Medio tiempo
- Ninguno
- No revelado
- Otro
- Jubilación

Ingreso primario:

- Préstamos para estudiantes
- Becas
- Pensión alimenticia
- Seguro por incapacidad,
- Empleado tiempo completo
- Empleado tiempo parcial
- Ayuda financiera
- Sin ingresos,
- Otros ingresos
- Pension de jubilación,
- Empleado por cuenta propia
- Seguro Social
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- Apoyo de la familia
- No revelado

Consideraciones de salud (para cualquier miembro en el hogar):*opcional

- Diabetes
- Alta Presión
- Enfermedad cardiaca
- Cancer (actual)
- Cancer (en remisión)
- Enfermedad pulmonar (asma, bronquitis, o enfisema)

Alergias (cualquier miembro en el hogar):*opcional

- Huevo
- Pescado
- Leche
- Ningún alergia conocido
- Otro
- Cacahuete
- Mariscos
- Soja
- Frutos secos
- Trigo

Yo, _____, entiendo y estoy de acuerdo que la información anterior sea usada de manera segura por Second Harvest Food Bank of Orange County en su oficina basada en Irvine. Entiendo que la información se usará para crear un perfil de cliente en la base de datos segura de SHFBOC (Link2Feed) y solo SHFBOC y las personas aprobadas tendrán acceso a mi información. SHFBOC no compartirá ni venderá ninguna de mis informaciones a una tercera parte. Entiendo que mi información solo será utilizada para hacer un seguimiento del estado de mi solicitud, para brindar apoyo si sea necesario, por lo que SHFBOC puede ejecutar informes para contar la cantidad de personas que han ayudado enviar solicitudes de CalFresh. Por último, otorgo a SHFBOC y sus subcontratistas permiso para contactarme a través de mensaje de texto / llamada telefónica / o correo electrónico (circule la respuesta referida) para hacer un seguimiento del estado de mi caso.

Firma: _____ Fecha: _____

Office use only

Entered by: _____ Date: _____