



CSFP Formulario de admisión de Senior Box

Representante del hogar: _____

Nombre Medio Apellido Nombre de Soltera

** Género: M F Fecha de Nacimiento: _____

Etnia: Hispano No Hispano

Raza: Afroamericano/Negro; Hawaiano Nativo o Otro Isleño del Pacífico; Americano Nativo; Asiático; Blanco; Otro

Dirección: _____ Teléfono: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Condado

**** Enumere todas las personas que viven en su hogar, complete con su nombre, fecha de nacimiento, sexo, raza y relación con usted.** (Raza: **AA** – Afroamericano/Negro, **NH** – Nativo hawaiano / otro isleño del Pacífico, **NA** – Nativo Americano, **A** – Asiático **W** – Blanco, **H** –Hispano, **O** – Otro)

(Relación: **S** – Esposo, **C** – niño, **P** – Padre, **GC** – Nieto, **GP** – Abuelo, **N** – Sobrino/Sobrino, **OR** – Otro Pariente, **NR** – Not Relacionado)

Nombre/Apellido	Fecha de Nacimiento	Género	Raza	Relación con el representante del hogar
		M F	AA NH NA A W H O	S C P GC GP N OR NR
		M F	AA NH NA A W H O	S C P GC GP N OR NR
		M F	AA NH NA A W H O	S C P GC GP N OR NR
		M F	AA NH NA A W H O	S C P GC GP N OR NR
		M F	AA NH NA A W H O	S C P GC GP N OR NR
		M F	AA NH NA A W H O	S C P GC GP N OR NR
		M F	AA NH NA A W H O	S C P GC GP N OR NR
		M F	AA NH NA A W H O	S C P GC GP N OR NR
		M F	AA NH NA A W H O	S C P GC GP N OR NR
		M F	AA NH NA A W H O	S C P GC GP N OR NR
		M F	AA NH NA A W H O	S C P GC GP N OR NR
		M F	AA NH NA A W H O	S C P GC GP N OR NR
		M F	AA NH NA A W H O	S C P GC GP N OR NR

¿Cuánto es el ingreso bruto mensual total de su hogar? _____

**** ¿Alguien en el hogar recibe los siguientes beneficios o necesita una referencia? ****

Encierre en un círculo las referencias y envíelas en línea : <https://www.easttexasfoodbank.org/programs/benefits-assistance/>

SNAP Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria
 TANF Asistencia Temporal para Familias Necesitadas
 SSI Seguridad de Ingreso Suplementario
 Elderly SSI *Referir clientes 65 recibiendo bajo SSI
 Medicare Savings QMB or SLMB
 Medicare

Seguridad Social
 Medicaid
 None
 Referencia enviada en _____



Aviso a los Clientes

Si recibe alimentos de esta ubicación del sitio CSFP, tenga en cuenta lo siguiente:

Este sitio CSFP Senior Box es una agencia asociada de (ETFB) y, como tal, acordó seguir las políticas y procedimientos de ETFB y las regulaciones del Servicio de Impuestos Internos (IRS) con respecto a la distribución de bienes donados por CSFP:

Este sitio CSFP NO PUEDE:

- Cobrar una tarifa o aceptar donaciones monetarias por alimentos y artículos no alimentarios que reciba.
Requerir que brinde un servicio, participe en un evento religioso o se una a cualquier parte de esta organización como condición para recibir alimentos
- Negarle asistencia por motivos de raza, color, edad, religión, origen nacional, discapacidad, género, orientación sexual o afiliación política.

Liberación de información

Oasis Insight es un sistema de base de datos y mantenimiento de registros computarizado empleado por el Banco de Alimentos del Este de Texas (ETFB) que captura información demográfica sobre las personas que necesitan servicios de emergencia, que incluyen, entre otros, asistencia con alimentos, facturas de servicios públicos, medicamentos, pagos de alquiler/hipoteca, etc. El ETFB administra Oasis Insight en nombre de sus agencias participantes de la Red de asistencia de Oasis Insight, que incluyen:

_____ (CSFP Senior Box Agencia participante/Ubicación del sitio)

Con mi firma a continuación, certifico que toda la información enumerada en ambos lados de este formulario es verdadera y correcta según mi leal saber y entender, y autorizo y divulgo mi información para su uso en la Red de asistencia de Oasis Insight.

Entiendo que toda la información recopilada sobre mí es personal y privada y que no estoy obligado a participar en Oasis Insight. Entiendo que la información sobre los servicios no confidenciales que me brindan las agencias participantes de Oasis Insight puede compartirse con otras agencias participantes de Oasis Insight

He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre Oasis Insight y revisar la información de identificación básica sobre el sistema. Esta divulgación de información permanecerá vigente hasta que se complete mi próxima revisión formal de CSFP, a menos que haga una solicitud formal a esta organización de que ya no deseo participar en Oasis Insight.

CSFP Cliente/Apoderado

Fecha

Firma del especialista en elegibilidad

Fecha

**** No se requiere este formulario para ser parte de CSFP.****
Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.