



**Programa de Asistencia Alimenticia – Formulario de Admision**

Case #:

Información de la cabeza de familia						
<b>Nombre*</b>						
<b>Apellido*</b>						
<b>Fecha de Nacimiento*</b>						
<b>Dirección*</b>				<b>Apartamento*</b>		
<b>Ciudad</b>				<b>Código Postal*</b>		
<i>La información demográfica a continuación no es necesaria para recibir alimentos.</i>						
<b>Número de Teléfono</b>	( ) –	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular				
<b>Correo Electrónico</b>						
<b>Ingresos antes de impuestos</b>	\$ _____ Semana / Quincena / Mensual / Anual					
<b>Sexo</b>	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre					
<b>Origen étnico</b>	<input type="checkbox"/> Áfrico Americano <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otra Raza <input type="checkbox"/> Nativo de Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Rehusó a contestar					
<b>Idioma preferido</b>						
<b>Preguntas Adicionales</b>	<b>Veterano</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Deshabilitado</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Sin Hogar</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Militares activos</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>Beneficios Públicos o del Gobierno</b>	<input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> CalFresh <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Medicare/Medi-Cal					
Miembros del Hogar*						
<b>Nombre*</b>	<b>Apellido*</b>	<b>Fecha de Nacimiento*</b>	<b>Origen étnico</b>	<b>Sexo</b>	<b>Relación*</b>	
COMIDA Food Bank's base de datos	<p><i>Al firmar este formulario, confirmo que la información proporcionada es correcta. Entiendo que la información facilitada será incorporada a una base de datos segura, protegida por contraseña que puede ser compartida entre las organizaciones no lucrativas proveedoras de servicios de alimentos, Feeding San Diego y The Jacobs &amp; Cushman San Diego Food Bank. La información recopilada es para informes estadísticos con fines de recaudar fondos y permanecerá confidencial. Entiendo que no puedo responsabilizar a ninguna de estas organizaciones por los productos alimenticios obtenidos de este sitio; es mi criterio o no consumir los productos alimenticios.</i></p>					
	Firma _____		Fecha _____			
OTROS SERVICIOS 2-1-1 base de datos	<p><i>He leído la Autorización CIE en el reverso y al proporcionar mi firma y la fecha a continuación, acepto estos términos.</i></p>					
	Firma _____		Fecha _____			

\* Los campos con un asterisco son campos obligatorios.



## AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN COMUNITARIA (CIE)

Usted está autorizando un Jacob and Cushman San Diego Food Bank y Intercambio de Información Comunitaria (CIE por sus siglas en inglés) y sus Agencias Asociadas, para usar, almacenar y compartir, su información personal, financiera y de salud entre ellas, para poder evaluar sus necesidades, coordinar su cuidado y proporcionarle servicios. Agencias Asociadas que participan en CIE están enumeradas en [www.211sandiego.org](http://www.211sandiego.org)

Esta autorización cubre, sin restricción, toda la información revelada, re-divulgada a CIE por usted, su familia, Agencias Asociadas incluyendo equipo de cuidado, y cualquier otra persona involucrada en su cuidado mientras la Autorización este en efecto. CIE y sus Agencias Asociadas podría compartir su información personal, financiera y de salud. Usted esta de acuerdo en notificar CIE si su información cambia o es incorrecta. La información divulgada de acuerdo con esta Autorización puede divulgarse nuevamente y dejar de se protegida por las leyes de privacidad aplicables. Sin embargo, su información aún estará protegida por nuestro Acuerdo de Participación con nuestros socios. El negarse a firmar esta Autorización no afectara negativamente su capacidad de recibir atención medica o servicios de Agencias de Referencia directa.

El Aviso de practicas de Privacidad publicado en [www.211sandiego.org](http://www.211sandiego.org) explica como CIE usa y protege la información, como obtener una copia de esta autorización y de su registro. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso CIE al correo electrónico [revoke@211sandiego.org](mailto:revoke@211sandiego.org), permita por lo mínimo cinco días hábiles para procesarlo. La revocación no afectara ninguna información divulgada anteriormente en relación con esta Autorización. A menos que se revoque antes, esta Autorización caducara en **diez (10) años, o en la siguiente fecha: \_\_\_\_\_.**

Si está de acuerdo, firme su nombre a continuación:

---

Firma