



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	() ☐ Cell ☐ Home ☐ Work			
Email Address				
Gender	☐ Female ☐ Male ☐ Transgender ☐ Non-binary ☐ Prefer to Self-Describe: _____			
Ethnicity	☐ African American/Black ☐ Hispanic/Latinx ☐ Multi-Race ☐ Asian ☐ Native American/Native Alaskan ☐ Other: _____ ☐ Caucasian/White ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander			
Primary Language	☐ English (English) ☐ Tagalog (Filipino) ☐ Français (French) ☐ Español (Spanish) ☐ 普通话 (Mandarin) ☐ Ayisyen (Haitian) ☐ Tiếng Việt (Vietnamese) ☐ Somaliyeed (Somali) ☐ አማርኛ (Amharic) ☐ ភ្នំពេញ (Cambodian) ☐ русский (Russian) ☐ ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ☐ 日本 (Japanese) ☐ 한국인 (Korean) ☐ Other: _____			
Other Household Members*				
First and Last Name*	Date of Birth*	Gender	Ethnicity	Relationship*
			☐ Same as you ☐ Other: _____	
			☐ Same as you ☐ Other: _____	
			☐ Same as you ☐ Other: _____	
			☐ Same as you ☐ Other: _____	
			☐ Same as you ☐ Other: _____	
Check if Anyone in Household is	☐ Disabled ☐ Homeless ☐ Veteran ☐ Active Military or Dependent			
Household Public Benefits	☐ CalFresh ☐ WIC ☐ Disability ☐ Medicare/Medi-Cal ☐ Social Security			
Gross Household Income	☐ No Income \$ _____ ☐ Weekly / ☐ Twice per month / ☐ Monthly / ☐ Yearly			
Proxy (Authorized Person(s) to Pick up on Your Behalf)				
San Diego Food Bank Database*	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 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.			
	Signature* _____ Date _____			
2-1-1 Database for other services and assistance	I have read the CIE authorization on reverse side and by providing my signature and date below, I agree to these terms.			
	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*		
La información demográfica a continuación no es necesaria para recibir alimentos.				
Número de Teléfono	()	☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo		
Correo Electrónico				
Género	☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Trans Género ☐ No-binario ☐ Prefiero auto describirme: _____			
Origen Étnico	☐ Afro Americano ☐ Hispano/Latinx ☐ Multirracial ☐ Asiático ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Otro: _____ ☐ Caucásico ☐ Nativo de Islas del Pacífico			
Idioma Preferido	☐ English (English) ☐ Tagalog (Filipino) ☐ Français (French) ☐ Español (Spanish) ☐ 普通话 (Mandarin) ☐ Ayisyen (Haitian) ☐ Tiếng Việt (Vietnamese) ☐ Somaliyeed (Somali) ☐ አማርኛ (Amharic) ☐ ភ្លីស៊ី (Cambodian) ☐ русский (Russian) ☐ ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ☐ 日本 (Japanese) ☐ 한국인 (Korean) ☐ Otro: _____			
Otros Miembros en el Hogar*				
Nombre y Apellido*	Fecha de Nacimiento*	Género	Origen Étnico	Relación*
			☐ Igual a usted ☐ Otro: _____	
			☐ Igual a usted ☐ Otro: _____	
			☐ Igual a usted ☐ Otro: _____	
			☐ Igual a usted ☐ Otro: _____	
			☐ Igual a usted ☐ Otro: _____	
Marque Si Alguien en el Hogar Es	☐ Discapacitado ☐ Sin Hogar ☐ Veterano ☐ Militar Activo o Dependiente			
Beneficios Públicos del Hogar	☐ CalFresh ☐ WIC ☐ Discapacidad ☐ Medicare/Medi-Cal ☐ Seguro Social			
Ingresos Brutos del Hogar	☐ Sin Ingresos \$ _____ ☐ Semanales / ☐ Quincenal / ☐ Mensual / ☐ 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 _____			