

COMMUNITY FOOD SHARE
FORMA DE INSCRIPCIÓN- LOUISVILLE

*Fecha de nacimiento:	Mes	Día	Año	*APELLIDO:	*NOMBRE:
Dirección:				Ciudad:	*Código postal:
Teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular				Correo electrónico: _____	
Condado <input type="checkbox"/> Boulder <input type="checkbox"/> Broomfield <input type="checkbox"/> Otro _____				<input type="checkbox"/> Sí, me gustaría recibir información sobre retiros de productos, cierres, cambios de horarios, eventos, recetas, etc. <input type="checkbox"/> SOLAMENTE información urgente como de retiros de productos	
Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro			Idioma principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		
Et hnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano		Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano/ Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Nativoamericano <input type="checkbox"/> Otro			
Cuántas personas viven en su hogar?		Cuántas de esas personas son niños?		Si usted o algún miembro de su familia está embarazada, cuál es la fecha cuando nacerá el bebé?	
Personas en su hogar: Escriba el nombre de las otras personas/familiares que viven en su hogar, con sus fechas de nacimiento, el nombre de la escuela donde estudian y su parentesco.					
Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento <small>(mes/día/año)</small>		Nombre de la Escuela <small>(si es aplicable)</small>	Parentesco
1					<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro adulto
2					<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro adulto
3					<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro adulto
4					<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro adulto
5					<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro adulto
6					<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro adulto
7					<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro adulto
Segundo comprador o comprador "proxy":					
Usted puede autorizar a otro adulto, que no viva en su hogar, a retirar su comida cuando usted no esté disponible. Esta persona tendrá que presentar la tarjeta del comprador o decir su fecha de nacimiento. Usted tendrá que completar la forma "proxy" para permitir que esta persona recoja los productos mensuales de TEFAP. Yo autorizo a la siguiente persona a que recoja comida en mi nombre:					
NOMBRE del Segundo Comprador _____				Fecha de Nacimiento _____	
FOR STAFF AND VOLUNTEERS Boulder ID# _____ Date served _____					
Feeding Families details: Date letter/referral provided _____ From: <input type="checkbox"/> BVSD <input type="checkbox"/> SVVSD <input type="checkbox"/> Adams12 <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Other _____					
Type of service: <input type="checkbox"/> Food distribution <input type="checkbox"/> TEFAP <input type="checkbox"/> CSFP Program: <input type="checkbox"/> Feeding Families <input type="checkbox"/> TEFAP Only <input type="checkbox"/> Emergency Food					
Volunteer/staff member: App accepted by _____ ROI updated by _____ Service recorded by _____ BCC updated by _____					
Comments: _____ <input type="checkbox"/> Date Proxy signed _____					

POR FAVOR ESCRIBA Y COMPLETE CLARAMENTE TODA LA INFORMACIÓN REQUERIDA(*) PARA QUE SU APLICACIÓN PUEDA SER PROCESADA.

Sistema de datos multi-parte integrado de gestión de casos – Autorización para divulgar información

La siguiente es una divulgación de información que le permite a nuestra agencia compartir información esencial sobre su caso con otras organizaciones, la cual ayudará a coordinar los recursos y servicios en su nombre.

Yo, _____ autorizo a que se comparta información del caso entre los socios identificados a continuación, mediante el uso de sistema de datos en línea compartido. La información compartida puede incluir cosas tales como: nombres y datos demográficos de los miembros de la familia relacionados, información de contacto, antecedentes de inscripciones en diversos programas, actividades de planificación de datos y servicios solicitados o recibidos. Entiendo que sólo se compartirá información que sea necesaria para facilitar el acceso a los recursos, la determinación de beneficios y la coordinación de casos. Reconozco además que dichas partes pueden usar datos anónimos (no identificables) a los efectos de investigación y evaluación de programas. **Las agencias que participan en la recolección de datos compartidos para la coordinación de casos y el sistema de derivación incluyen:**

Vivienda y Servicios Humanos del Condado de Boulder
Autoridad de Viviendas del Condado de Boulder
Servicios Comunitarios del Condado de Boulder
NUESTRO Centro de Longmont
Centro Comunitario Sister Carmen
Asociación de Asistencia a Familias en Emergencia

Bridge House
Refugio de Boulder
Community Food Share
Asociación del Centro de Recursos para la Familia
Homeless Outreach Providing Encouragement (HOPE) para Longmont

Entiendo y acepto que otros proveedores de servicio y entidades de coordinación puedan agregarse en una fecha futura.

Entiendo que la información que se divulgará es confidencial y está protegida de revelación y que todas las organizaciones cubiertas por esta divulgación están sujetas a esta norma y a auditoría y revisión a fin de garantizar el cumplimiento de las pautas de privacidad y confidencialidad. También entiendo que tengo derecho a cancelar, en cualquier momento, mi permiso para divulgar información, mediante una notificación por escrito.

Certifico que he recibido el consentimiento de los miembros de la familia relacionados, para firmar esta divulgación de información en su nombre. Entiendo que los miembros de la familia relacionados incluyen a aquellos mayores de dieciocho (18) años y están relacionados por sangre, matrimonio, o imperativo legal, junto con mis/sus hijos y/o protegidos legales cuya principal residencia es mi hogar. Esto no incluye a amigos, compañeros de cuarto o parejas que no están casados. Cada miembro de la familia relacionado y la relación con la cabeza de la familia, deben estar incluidos en esta divulgación de información. En caso de que la composición de los miembros de la familia relacionados cambie, esta información debe actualizarse.

Entiendo que puedo obtener una copia de esta divulgación si la solicito. Certifico que he leído y comprendido el contenido de este formulario. ***A menos que yo cancele esta autorización antes de tiempo, la misma vencerá en un año a partir de la fecha de la firma.***

FIRMA AQUI

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Reglas y normas

1. Estacione al frente de Community Food Share cerca de la entrada de la recepción - de las puertas corredizas.
2. Permanezca en su vehículo hasta que la bodega abra. No forme una línea en la puerta. Camine; no corra, en el estacionamiento o en la bodega.
3. Una vez que el carrito de compras esté disponible, se le permitirán 15 minutos para hacer sus compras. Sus alimentos deben ser empacados en la recepción o en el estacionamiento. Traiga sus propias bolsas.
4. Solo un adulto por hogar será autorizado en la bodega para hacer las compras. Se permite **un** niño pequeño que pueda sentarse en el carrito de compras.
5. Hay suministro limitado en algunos alimentos. Siga los límites publicados para que haya suficiente para todos.
6. No comer, beber, fumar, masticar chicle y no se permite el uso de celular dentro de las instalaciones de la bodega.
7. Todos los participantes del programa son requeridos de actualizar sus datos de inscripción anualmente.
8. Alimentos que recibe de Community Food Share no pueden ser vendidos.
9. No se tolerará ningún tipo de violencia, lenguaje irrespetuoso o comportamiento peligroso.
10. Siga las instrucciones del personal en todo momento.

Community Food Share reserva el derecho de suspender a participantes del programa quienes violen éstas reglas.

FIRMA AQUI

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Esta organización es proveedora de igualdad de oportunidades.