



Acuerdo de Privacidad del Cliente Condensado

El Banco de Alimentos del Condado de Montgomery respeta su información y desea asegurarse de que se mantenga privada. Tomamos medidas para proteger la privacidad de su información, incluyendo limitar el acceso de data a cierto personal y voluntarios que han recibido entrenamiento sobre privacidad de datos y firmar un acuerdo para proteger la privacidad de los datos.

Podemos usar su información personal por varios motivos, como se describe con más detalle en nuestra poliza de privacidad, que incluyen:

- **Para mejorar nuestros programas:** podemos usar su información para mejorar nuestros programas o actividades. Por ejemplo, el personal puede consultar la información para revisar la calidad de los servicios que reciben las personas.
- **Para hacer investigación:** podemos usar su información para investigación y análisis. Cualquier informe producido con los datos no identificará su información individual. Nuestro personal y voluntarios solo compartirán su información con personas calificadas fuera de nuestra agencia.
- **Para conectarlo con otros programas:** a petición suya, podemos compartir su información personal para ver si es elegible para otros beneficios o programas como los beneficios del Seguro Social o SNAP.
- **Para reportar abuso, daño o negligencia:** la ley nos exige reportar cualquier caso de sospecha de abuso o negligencia de niños o adultos vulnerables. También estamos obligados a compartir información sobre usted con la policía en ciertos casos, por ejemplo, si causa daño a un miembro de nuestro personal, a otro cliente, o si daña nuestra propiedad. También podemos compartir su información personal en caso de una amenaza al público, como un ataque terrorista o un desastre natural.

Firma del cliente: _____

Fecha: _____

Imprimir nombre del cliente: _____

La solicitud debe mantenerse en un lugar seguro durante 3 años, 90 días a partir de la fecha de la firma.



El Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia (TEFAP)
Derechos y Responsabilidades de los Participantes

1. Si soy determinado elegible, no podran negarme alimentos del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA).
2. Certifico que la información que he proporcionado para la determinación de elegibilidad es correcta a mi leal saber y entender.
3. Estoy de acuerdo en informar los cambios en las circunstancias del hogar, incluyendo, pero no limitado a, el ingreso y el tamaño del hogar.
4. Yo entiendo que si elijo un apoderado para recoger mi comida, esa persona debe aparecer como apoderado 1) en mi solicitud familiar para los alimentos de USDA o 2) en una nota con mi firma.
5. Yo entiendo que los alimentos provistos por este programa están destinados a los miembros del hogar elegible.
6. Yo entiendo que no debo vender o intercambiar los alimentos del USDA que recibe mi hogar.
7. Yo doy mi consentimiento para la divulgación de información al personal del Programa TEFAP, que incluye funcionarios del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, del Departamento de Agricultura de Texas y el banco de alimentos.
8. El personal del programa me ha informado de mis derechos y responsabilidades bajo este programa.
9. Yo entiendo que puedo solicitar una copia por escrito de la Notificación Escrita de TEFAP de los Derechos del Beneficiario.
10. Yo entiendo que los estándares para participar en este programa son los mismos para todos independientemente de su raza, color, origen nacional, edad, sexo o discapacidad.
11. Yo he leído esta forma, o me han leído esta forma.
12. El sitio mantiene el derecho de garantizar una distribución ordenada.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

(1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; or

(2) fax: (833) 256-1665 o (202)
690-7442; o

(3) correo electrónico:
program.intake@usda.gov.

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Firma del cliente: _____ **Fecha:** _____



TEFAP Cribado

Apellido:	Nombre de pila:
Dirección Línea 1:	Condado:
Dirección Línea 2:	Ciudad:
Estado:	Código postal:

Sin dirección fija / no revelada

Tamaño del hogar: _____

Ingreso mensual del hogar: _____

Numero de Miembros del Hogar	Ingresos Totales				
	Ingresos Anuales	Ingreso Mensual	Ingreso Mensual Dos Veces	Ingreso Quincenal	Ingresos Semanales
1	\$26,973	\$2,248	\$1,124	\$1,038	\$519
2	\$36,482	\$3,041	\$1,521	\$1,404	\$702
3	\$45,991	\$3,833	\$1,917	\$1,769	\$885
4	\$55,500	\$4,625	\$2,313	\$2,135	\$1,068
5	\$65,009	\$5,418	\$2,709	\$2,501	\$1,251
6	\$74,518	\$6,210	\$3,105	\$2,867	\$1,434
7	\$84,027	\$7,003	\$3,502	\$3,232	\$1,616
8	\$93,536	\$7,795	\$3,898	\$3,598	\$1,799
Para Cada miembro Adicional Agregue	+\$9,509	+\$793	+\$397	+\$366	+\$183

Elegibilidad categórica

<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP)	<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)
<input type="checkbox"/> Ingreso de seguridad suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/> Asistencia temporal a familias necesitadas (TANF)	



General

Primera visita a la Despensa de Alimentos: Año: _____ Mes: _____

* Apellido: _____ * Primer Nombre _____

* Fecha de nacimiento: ____/____/____ (mm/dd/aaaa)

Fecha estimada? Sí No

* Género:

- Femenina Masculino Transgénero Ninguno de esos
 Otro Prefiero no responder No pregunte No se

* Estado Civil:

- Soltero Unión consensual o de hecho (*Common-Law*) Separado Sin respuesta
 Casado Divorciado Viudo No se No pregunte Prefiero no responder

* Dirección: _____

Dirección (línea 2): _____

* Condado: _____

* Ciudad: _____ *Estado: _____

* Código postal: _____

- Sin dirección fija Prefiero no responder

* Tipo de Hogar: (Elija una)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Albergue de emergencia/ de transición/ misión | <input type="checkbox"/> Alquiler privado | <input type="checkbox"/> Con familia/amigos |
| <input type="checkbox"/> Evacuado | <input type="checkbox"/> Vivienda pública (social) | <input type="checkbox"/> Hogar / Albergue para jóvenes |
| <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Sin respuesta | <input type="checkbox"/> No se |
| <input type="checkbox"/> Casa propia | <input type="checkbox"/> Vehículo | <input type="checkbox"/> No pregunte |
| <input type="checkbox"/> Sin respuesta | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | |

Dirección de correo electrónico: _____

Número telefónico: _____

Identificación Mostrada:

- Certificado de nacimiento Licencia de conducir Identificación de Food for Change
 Contrato de Arrendamiento No es aplicable Sin identificación
 Pasaporte Tarjeta de identificación del estado
 Factura de servicios públicos (gasolina, agua, etc.)
 Identificación del gobierno con número de extranjero



Idioma(s) hablado(s): (Elija tantas opciones como correspondan)

- Inglés Español Portugués Vietnamita Ruso
 Mandarín Francés Árabe Hindi/Urdu Otro: _____

Grupo étnico: (Elija tantas opciones como correspondan)

- Blanco/Anglosajón Hispano/Latino Asiático/de las islas del Pacífico Medio Oriente / África del Norte
 Negro Indígena norteamericano Aleutiano o Esquimal N/A Sin respuesta
 Otro No se Prefiero no responder No pregunte



Perfil

*** Tipo de empleo: (Elija una)**

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Militar | <input type="checkbox"/> Tiempo completo | <input type="checkbox"/> No se |
| <input type="checkbox"/> Trabajos múltiples | <input type="checkbox"/> Medio tiempo | <input type="checkbox"/> No pregunte |
| <input type="checkbox"/> Jubilado o Retirado | <input type="checkbox"/> Ninguno | |
| <input type="checkbox"/> Estacional | <input type="checkbox"/> Sin respuesta | |
| <input type="checkbox"/> Afuera del empleo por menos de un año | <input type="checkbox"/> Otro | |
| <input type="checkbox"/> Estudiante de educación postsecundaria | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | |

Ingreso mensual

*** Principal fuente de ingresos (cliente principal): (Elija tantas opciones como correspondan, completa por cada miembro de el hogar)**

- Sin ingreso
- Otro
- Trabajo de medio tiempo
- Trabajo de tiempo completo
- Discapacidad Privada
- Pensiones Privada
- Becas
- Asistencia Social
- Seguro de discapacidad del Seguro Social (SSDI)
- Apoyo de familia
- Ingreso de seguridad suplementario (SSI)
- Préstamos de estudiante

Ingreso Mensual Total _____

*** Recibiendo siguiente asistencia social (Elija tantas opciones como correspondan, completa por cada miembro de el hogar)**

- Medicaid
- Medicare
- No asistencia social
- Programma de Inicio
- Ayuda a Familias con Hijos Dependientes (AFDC)
- Ayuda a los ciegos o discapacitados
- Programa de seguro de salud para niños (CHIP)
- Programa de Alimentos Suplementarios de Productos Básicos (CSFP)
- Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP) o mejor conocido como almuerzo gratis o a precio reducido
- Comida Escolar



- Programa de Asistencia de Alquiler de la Sección 8
- Asistencia suplementaria para mujeres, bebés y niños (WIC)
- Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF)
- Ayuda para los veteranos

* **Gastos Mensuales** (Elija tantas opciones como correspondan, completa por cada miembro de el hogar, y incluye las cantidades)

Medicos: _____

Servicios públicos (utilidades): _____

Otros: _____

Gastos de Escuela: _____

Tránsito: _____

Vehículo: _____

Renta (alquilar): _____

Cuidado de niños: _____

Pagos de Casa (hipoteca): _____



Miembros adicionales del hogar

<p>Apellido: _____ Nombre de pila: _____</p> <p>* Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ (aaaa / mm / dd) ¿Estimado? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N</p> <p>* Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> No revelado</p> <p>* Relación con el miembro de HH primario: <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> niño <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> hermano <input type="checkbox"/> nieto <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Otro Pariente <input type="checkbox"/> Novio / Novia <input type="checkbox"/> Socio de derecho común <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> No revelado</p> <p>* Etnicidad (Marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Blanco / Anglo <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Árabe Americano <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Negro / afroamericano <input type="checkbox"/> Americano indio / nativo americano <input type="checkbox"/> No revelado <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Aleut / Esquimal <input type="checkbox"/> N / A</p> <p>* Auto-se identifica como: <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo <input type="checkbox"/> veterano <input type="checkbox"/> Evacuado <input type="checkbox"/> N / A <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No revelado <input type="checkbox"/> Enfermedad mental <input type="checkbox"/> posparto <input type="checkbox"/> embarazada <input type="checkbox"/> amamantamiento</p>
<p>Apellido: _____ Nombre de pila: _____</p> <p>* Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ (aaaa / mm / dd) ¿Estimado? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N</p> <p>* Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> No revelado</p> <p>* Relación con el miembro de HH primario: <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> niño <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> hermano <input type="checkbox"/> nieto <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Otro Pariente <input type="checkbox"/> Novio / Novia <input type="checkbox"/> Socio de derecho común <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> No revelado</p> <p>* Etnicidad (Marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Blanco / Anglo <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Árabe Americano <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Negro / afroamericano <input type="checkbox"/> Americano indio / nativo americano <input type="checkbox"/> No revelado <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Aleut / Esquimal <input type="checkbox"/> N / A</p> <p>* Auto-se identifica como: <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo <input type="checkbox"/> veterano <input type="checkbox"/> Evacuado <input type="checkbox"/> N / A <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No revelado <input type="checkbox"/> Enfermedad mental <input type="checkbox"/> posparto <input type="checkbox"/> embarazada <input type="checkbox"/> amamantamiento</p>
<p>Apellido: _____ * Nombre de pila: _____</p> <p>* Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ (aaaa / mm / dd) ¿Estimado? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N</p> <p>* Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> No revelado</p> <p>* Relación con el miembro de HH primario: <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> niño <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> hermano <input type="checkbox"/> nieto <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Otro Pariente <input type="checkbox"/> Novio / Novia <input type="checkbox"/> Socio de derecho común <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> No revelado</p> <p>* Etnicidad (Marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Blanco / Anglo <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Árabe Americano <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Negro / afroamericano <input type="checkbox"/> Americano indio / nativo americano <input type="checkbox"/> No revelado <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Aleut / Esquimal <input type="checkbox"/> N / A</p> <p>* Auto-se identifica como: <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Evacuado <input type="checkbox"/> N / A <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No revelado <input type="checkbox"/> Enfermedad mental <input type="checkbox"/> Posparto <input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> Amamantamiento</p>

Miembros adicionales del hogar



Apellido: _____ Nombre de pila: _____

* Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ (aaaa / mm / dd) ¿Estimado? Y N

* Género:

Hombre mujer Transgénero No revelado

* Relación con el miembro de HH primario:

cónyuge niño padre hermano nieto abuelo Otro
 Otro Pariente Novio / Novia Socio de derecho común Amigo No revelado

* Etnicidad (Marque todo lo que corresponda):

Blanco / Anglo Hispano / Latino Asiático Isleño del Pacífico Árabe Americano Otro
 Negro / afroamericano Americano indio / nativo americano No revelado
 Nativo de Alaska / Aleut / Esquimal N / A

* Auto-se identifica como:

Discapacidad del desarrollo veterano Evacuado N / A
 Discapacidad Refugiado Otro No revelado
 Enfermedad mental posparto
 embarazada amamantamiento

Apellido: _____ Nombre de pila: _____

* Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ (aaaa / mm / dd) ¿Estimado? Y N

* Género:

Hombre mujer Transgénero No revelado

* Relación con el miembro de HH primario:

cónyuge niño padre hermano nieto abuelo Otro
 Otro Pariente Novio / Novia Socio de derecho común Amigo No revelado

* Etnicidad (Marque todo lo que corresponda):

Blanco / Anglo Hispano / Latino Asiático Isleño del Pacífico Árabe Americano Otro
 Negro / afroamericano Americano indio / nativo americano No revelado
 Nativo de Alaska / Aleut / Esquimal N / A

* Auto-se identifica como:

Discapacidad del desarrollo veterano Evacuado N / A
 Discapacidad Refugiado Otro No revelado
 Enfermedad mental posparto
 embarazada amamantamiento

Apellido: _____ * Nombre de pila: _____

* Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ (aaaa / mm / dd) ¿Estimado? Y N

* Género:

Hombre mujer Transgénero No revelado

* Relación con el miembro de HH primario:

cónyuge niño padre hermano nieto abuelo Otro
 Otro Pariente Novio / Novia Socio de derecho común Amigo No revelado

* Etnicidad (Marque todo lo que corresponda):

Blanco / Anglo Hispano / Latino Asiático Isleño del Pacífico Árabe Americano Otro
 Negro / afroamericano Americano indio / nativo americano No revelado
 Nativo de Alaska / Aleut / Esquimal N / A

* Auto-se identifica como:

Discapacidad del desarrollo veterano Evacuado N / A
 Discapacidad Refugiado Otro No revelado
 Enfermedad mental posparto embarazada amamantamiento

