



# Formulario corto para Link2Feed

Todas las preguntas marcadas con \* son requeridos

\*Nombre de cliente: \_\_\_\_\_

\*Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

\*Dirección: \_\_\_\_\_  Ninguna dirección fija

\*Ciudad: \_\_\_\_\_ \*CP/Zip: \_\_\_\_\_

**Tipo de domicilio:**  Misión/transicional/Refugio de emergencia  Refugio de emergencia  Otro  
 Casa de propiedad  Rentado privado  Domicilio Publico (Social)  Sin Techo  
 Con familia/amigos  Refugio de emergencia para j jóvenes  Sección 8

Teléfono: \_\_\_\_\_ ¿Cómo aprendiste sobre esta despensa? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su etnicidad?	<input type="checkbox"/> Blanco / Anglo	<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Hispano / Latino	<input type="checkbox"/> Indio Americano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Aleut / Esquimal
	<input type="checkbox"/> Pacífico	<input type="checkbox"/> Americano Árabe	<input type="checkbox"/> Ningun	<input type="checkbox"/> Otra		

¿Te identificas cómo?:  Veterano  Discapacidad  Confinando en casa  Ninguno

**Tipo de Empleo:**  Trabajo temporal  Por cuenta propia  Estudiante  Tiempo completo  
 Medio Tiempo  Ningún  Jubilo/a

Nivel más alto de educación: \_\_\_\_\_ Ingresos mensuales del hogar: \$ \_\_\_\_\_

Asistencia Pública Recibida:  CSFP  SNAP  LEAP  TANF  OAP  AND  AB  SSI

**Miembros del Hogar:**

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con el cliente principal	Etnicidad

¿Consideraciones Dietéticas? \_\_\_\_\_



# Link2Feed Short Intake Form

All fields marked with \* are required

\*Client's Name: \_\_\_\_\_

\*Date of Birth: \_\_\_\_\_ Gender: \_\_\_\_\_ Marital Status: \_\_\_\_\_

\*Address: \_\_\_\_\_  No Fixed Address

\*City: \_\_\_\_\_ \*Zip Code: \_\_\_\_\_

**Housing Type:**  Emergency Shelter / Mission / Transitional  Evacuee  Other  Own Home  
 Private Rental  Public (Social) Housing  Unhoused  With Family / Friends  Youth Home / Shelter  
 Section 8

Phone #: \_\_\_\_\_ How did you hear about this pantry? \_\_\_\_\_

What is your ethnicity?	<input type="checkbox"/> White / Anglo	<input type="checkbox"/> Black / African American	<input type="checkbox"/> Hispanic / Latino	<input type="checkbox"/> American Indian / Native American	<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Alaska Native / Aleut / Eskimo	<input type="checkbox"/> Middle-Eastern / North African
	<input type="checkbox"/> Pacific Islander	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Other				

Do you identify as:  Veteran  Disability  Homebound  None

Employment Type:  Seasonal  Self-Employed  Post-Secondary Student  Full-Time  Part-Time  
 None  Other  Retired

Highest Level of Education: \_\_\_\_\_ Household Monthly Income: \$ \_\_\_\_\_

Social Programs Received:  CSFP  SNAP  LEAP  TANF  OAP  AND  AB  SSI

**Additional Household Members:**

Last Name	First Name	Date of Birth	Relationship to Primary Client	Ethnicity

Dietary Considerations? \_\_\_\_\_

This institution is an equal opportunity provider.

Last update: 7/1/2021