



À L'USAGE EXCLUSIF DU PERSONNEL (FOR STAFF USE ONLY):

Code-barres # (Barcode #): _____

Formulaire d'admission Service Insights – Veuillez écrire lisiblement en caractères d'imprimerie (Service Insights Intake Form – Please Print Clearly)
Date : _____

Les questions obligatoires sont en *gras (Required Questions are *bold)

* **Prénom (First name) :** _____ * **Nom de famille (Last name) :** _____
 * **Date de naissance (Date of Birth):** ____/____/____ (mm/jj/aaaa [mm/dd/yyyy]) OU (OR) **Âge (Age) :** _____

* **Adresse (Address) :** _____ Adresse (Ligne 2) [Address (Line 2)] : _____
 * **Ville (City) :** _____ * **État (State) :** _____ * **Code postal (Zip code) :** _____
 * **Comté (County) :** _____
 Aucune adresse fixe (No fixed address)

Adresse e-mail (Email Address) : _____ * **Numéro de téléphone (Phone number) :** _____
 Ok pour un contact par e-mail (Ok to contact via email) Ok pour un contact par téléphone (Ok to contact via phone) Pas de téléphone (No phone)
 Quel mode de communication préférez-vous ? (What method of communication do you prefer?)
 Texte (Text) Appel (Call) E-mail

***MEMBRES DU FOYER - Fournissez les informations suivantes pour tous les autres membres vivant au sein du foyer**
 (*HOUSEHOLD MEMBERS - Provide the following information for all other members living in the household)

*Prénom (First Name)	*Nom (Last Name)	*Date de naissance (mois/jour/année) OU âge [Date of Birth (Month/Day/Year) OR Age]	Genre (Gender)	Ethnicité (Ethnicity)

Procuration : Y a-t-il quelqu'un d'autre qui pourrait aller chercher de la nourriture pour vous ? (Proxy: Is there someone else who may pick up food for you?)
 Prénom (First name) : _____ Nom (Last name) : _____ Numéro de téléphone (Phone number) : _____

* **Quelqu'un de votre foyer bénéficie-t-il actuellement du programme SNAP, également intitulé « bons d'alimentation » ?**
 (Is anyone in your household currently receiving SNAP, also known as food stamps?)
 Oui (Yes) Non (No) Ne sait pas / Préfère ne pas répondre (Don't know / Prefer not to answer)

Autres programmes gouvernementaux (sélectionnez tous ceux qui s'appliquent) [Other Government Programs (select all that apply)] [Les programmes en **gras** sont automatiquement qualifiés pour le TEFAP.] [(**Bold** programs are automatic qualifiers for TEFAP.)]

<input type="checkbox"/> TANF ou aide financière (TANF or cash assistance)	<input type="checkbox"/> Children's Health Insurance Program (CHIP) [Children's Health Insurance Program (CHIP)]
<input type="checkbox"/> Women, Infants, and Children (WIC) [Women, Infants, and Children]	<input type="checkbox"/> Repas scolaires gratuits/à prix réduit (Free/reduced price school meals)
<input type="checkbox"/> Sécurité sociale (Social Security)	<input type="checkbox"/> Earned Income Tax Credit (EITC) ou autres crédits d'impôt remboursables (Earned Income Tax Credit (EITC) or other refundable tax credits)
<input type="checkbox"/> Assurance complémentaire de sécurité (SSI) [Supplemental Security Income (SSI)]	<input type="checkbox"/> Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) [Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)]
<input type="checkbox"/> Assurance invalidité de la sécurité sociale (SSDI) ou paiements d'invalidité (Social Security Disability Insurance (SSDI) or disability payments)	<input type="checkbox"/> Chômage (Unemployment)
<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Indemnisation des accidents du travail (Worker's Compensation)
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Aides au logement (Housing subsidies)
	<input type="checkbox"/> Aide aux anciens combattants (Veteran's Assistance)
	<input type="checkbox"/> Programme alimentaire complémentaire de produits de base (Commodity Supplemental Food Program)

***Revenus du foyer (Household Income) :**

_____ \$ par semaine (per week) OU (OR) _____ \$ par mois (per month) OU (OR) _____ \$ par an (per year)

Les questions suivantes sont facultatives et n'auront aucune incidence sur votre service TEFAP.

(The following questions are optional and will not impact your TEFAP service.)

Genre (Gender) :

- Homme (Male) Femme (Female) Transgenre (Transgender) Femme trans (Trans Female/Trans Woman)
 Homme trans (Trans Male/Trans Man) Non-binaire (Non-binary) Non-conformité de genre (Gender non-conforming)
 Aucun de ces éléments (None of these) Ne sait pas / Préfère ne pas répondre (Don't Know / Prefer not to answer)

Race / Ethnicité (choisissez toutes les réponses qui s'appliquent) [Race / Ethnicity (choose all that apply)] :

- Blanche (White) Hispanique, latino ou espagnole (Hispanic, Latino, or Spanish) Noire ou Afro-américaine (Black or African American)
 Asiatique (Asian) Indienne Américaine ou Autochtone d'Alaska (American Indian or Alaska Native)
 Moyen-orient ou Nord-africaine (Middle Eastern or North African)
 Hawaïen natif ou autre Insulaire du Pacifique (Native Hawaiian or Other Pacific Islander)
 Autre race ou ethnie (Some other race or ethnicity)
 Ne sait pas / Préfère ne pas répondre (Don't Know / Prefer not to answer)

Langue(s) préférée(s) [Preferred Language(s)] :

- Anglais (English) Arabe (Arabic)
 Espagnol (Spanish) Amharique (Amharic)
 Coréen (Korean) Autre (Other) : _____

Avez-vous besoin de services de traduction ? (Do you need translation services?)

- Oui (Yes) Non (No)

Statut militaire (Military Status) :

- Oui, en service actif par le passé, mais pas maintenant (Yes, on active duty in the past, but not now)
 Oui, actuellement en service actif (Yes, now on active duty)
 Non, jamais en service actif sauf pour la formation initiale/de base (No, never on active duty except for initial/basic training)
 Ne sait pas / Préfère ne pas répondre (Don't know / Prefer not to answer)
 Non, je n'ai jamais servi au sein des forces armées américaines (No, never served in the U.S. Armed Forces)

Considérations diététiques (Dietary Considerations):

- Faible teneur en sucres / faible teneur en glucides (« adapté au diabète ») [Low-sugar / low-carb ("diabetes-friendly")] Faible teneur en sodium / faible teneur en graisses saturées (« bon pour le cœur ») [Low-sodium / low-saturated fat ("heart healthy")] Halal (Halal)
 Sans gluten (Gluten-free) Casher (Kosher) Vegan
 Végétarien (Vegetarian) Régime alimentaire mou / préoccupations dentaires (Soft diet / dental concerns) Équipement de cuisine limité ou inexistant (Limited / No cooking equipment)
 Allergène alimentaire (Food allergen) : _____ Ne sait pas / Préfère ne pas répondre (Don't know / Prefer not to answer)
 Aucune restriction (No restrictions) Autre (Other): _____

Notes : incluez toute information que vous souhaitez nous communiquer. Exemples : « Je cherche des couches. » « Nous avons besoin de nourriture pour chiens. » (Notes: include any information you would like us to know. Examples: "Looking for diapers." "We need dog food.")

LA PROMESSE DE CAFB EN MATIÈRE DE DONNÉES (THE CAFB DATA PROMISE)

Nous vous traiterons, vous et vos informations, avec dignité et respect. (We will treat you and your information with dignity and respect.)

Nous assurerons la sécurité de vos informations. (We will keep your information safe and secure.)

Nous n'utiliserons ces informations que pour vous fournir de meilleurs services. (We will only use this information to provide better services for you.)