



Service  
Insights  
Initiative

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)**

<p>* <b>Prénom (First name) :</b> _____ * <b>Nom de famille (Last name) :</b> _____</p>				
<p>* <b>Date de naissance (Date of Birth):</b> ____/____/____ (mm/jj/aaaa [mm/dd/yyyy])      OU (OR)      Âge (Age) : _____</p>				
<p><u>Genre (Gender) :</u></p> <p> <input type="checkbox"/> Homme (Male)    <input type="checkbox"/> Femme (Female)      <input type="checkbox"/> Transgenre (Transgender)      <input type="checkbox"/> Femme trans (Trans Female/Trans Woman)  <input type="checkbox"/> Homme trans (Trans Male/Trans Man)      <input type="checkbox"/> Non-binaire (Non-binary)      <input type="checkbox"/> Non-conformité de genre (Gender non-conforming)  <input type="checkbox"/> Aucun de ces éléments (None of these)      <input type="checkbox"/> Ne sait pas / Préfère ne pas répondre (Don't Know / Prefer not to answer)         </p>				
<p>* <b>Race / Ethnicité (choisissez toutes les réponses qui s'appliquent) [Race / Ethnicity (choose all that apply)] :</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Blanche (White)      <input type="checkbox"/> Hispanique, latino ou espagnole (Hispanic, Latino, or Spanish)      <input type="checkbox"/> Noire ou Afro-américaine (Black or African American)  <input type="checkbox"/> Asiatique (Asian)      <input type="checkbox"/> Indienne Américaine ou Autochtone d'Alaska (American Indian or Alaska Native)  <input type="checkbox"/> Moyen-orient ou Nord-africaine (Middle Eastern or North African)  <input type="checkbox"/> Hawaïen natif ou autre Insulaire du Pacifique (Native Hawaiian or Other Pacific Islander)  <input type="checkbox"/> Autre race ou ethnie (Some other race or ethnicity)         </p>				
<p>* <b>Adresse (Address) :</b> _____ Adresse (Ligne 2) [Address (Line 2)] : _____</p> <p>* <b>Ville (City) :</b> _____ * <b>État (State) :</b> _____ * <b>Code postal (Zip code) :</b> _____</p> <p>* <b>Comté (County) :</b> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Aucune adresse fixe (No fixed address)</p>				
<p>Adresse e-mail (Email Address) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ok pour un contact par e-mail (Ok to contact via email)</p>		<p>* <b>Numéro de téléphone (Phone number) :</b> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ok pour un contact par téléphone (Ok to contact via phone)</p> <p><input type="checkbox"/> Pas de téléphone (No phone)</p>		
<p>Quel mode de communication préférez-vous ? (What method of communication do you prefer?)</p> <p> <input type="checkbox"/> Texte (Text)      <input type="checkbox"/> Appel (Call)      <input type="checkbox"/> E-mail         </p>				
<p><u>Langue(s) préférée(s) [Preferred Language(s)] :</u></p> <p> <input type="checkbox"/> Anglais (English)      <input type="checkbox"/> Arabe (Arabic)  <input type="checkbox"/> Espagnol (Spanish)      <input type="checkbox"/> Amharique (Amharic)  <input type="checkbox"/> Coréen (Korean)      <input type="checkbox"/> Autre (Other) : _____         </p>				
<p>Avez-vous besoin de services de traduction ? (Do you need translation services?)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui (Yes)      <input type="checkbox"/> Non (No)</p>				
<p><b>*MEMBRES DU FOYER - Fournissez les informations suivantes pour tous les autres membres vivant au sein du foyer</b>  <b>(*HOUSEHOLD MEMBERS - Provide the following information for all other members living in the household)</b></p>				
<b>*Prénom (First Name)</b>	<b>*Nom (Last Name)</b>	<b>*Date de naissance (mois/jour/année) OU âge [Date of Birth (Month/Day/Year) OR Age]</b>	<b>Genre (Gender)</b>	<b>Ethnicité (Ethnicity)</b>

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)]

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> TANF ou aide financière (TANF or cash assistance)   | <input type="checkbox"/> Repas scolaires gratuits/à prix réduit (Free/reduced price school meals)  |
| <input type="checkbox"/> Women, Infants, and Children (WIC) [Women, Infants, and Children]   | <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"/> Sécurité sociale (Social Security)  | <input type="checkbox"/> Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) [Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)]                                   |
| <input type="checkbox"/> Assurance complémentaire de sécurité (SSI) [Supplemental Security Income (SSI)]   | <input type="checkbox"/> Chômage (Unemployment)  |
| <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"/> Indemnisation des accidents du travail (Worker's Compensation)  |
| <input type="checkbox"/> Medicare  | <input type="checkbox"/> Aides au logement (Housing subsidies)   |
| <input type="checkbox"/> Medicaid  | <input type="checkbox"/> Aide aux anciens combattants (Veteran's Assistance)   |
| <input type="checkbox"/> Children's Health Insurance Program (CHIP) [Children's Health Insurance Program (CHIP)]   | <input type="checkbox"/> Programme alimentaire complémentaire de produits de base (Commodity Supplemental Food Program)  |

Revenus du foyer (Household Income) :

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zéro (Zero)                        | <input type="checkbox"/> Moins de 500 \$ (Less than \$500)   | <input type="checkbox"/> 500 – 999 \$        |
| <input type="checkbox"/> 1 000 \$ – 1 999 \$                | <input type="checkbox"/> 2 000 \$ – 2 999 \$   | <input type="checkbox"/> 3 000 \$ – 3 999 \$ |
| <input type="checkbox"/> 4 000 \$ ou plus (\$4,000 or more) | <input type="checkbox"/> Ne sait pas / Préfère ne pas répondre (Don't know / Prefer not to answer) |  |

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):

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

Notes : incluez toute information que vous souhaitez nous communiquer. Exemples : « Je cherche des couches. » « Nous avons besoin de nourriture pour chiens. »

## 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.)