



Inicjatywa (Service)
wglądu (Insights)
w usługi (Initiative)

WYPEŁNIA PERSONEL (FOR STAFF USE ONLY):

Nr kodu kreskowego (Barcode #): _____

Formularz przyjęcia do inicjatywy wglądu w usługi – Wypełnić wyraźnie drukowanymi literami (Service Insights Intake Form – Please Print Clearly)
Data (Date): _____

Wymagane pytania są wpisane ***pogrubioną czcionką** (Required Questions are ***bold**)

* **Imię (First name):** _____ * **Nazwisko (Last name):** _____

* **Data urodzenia (Date of Birth):** ____/____/____ (mm/dd/yyyy) LUB (OR) **Wiek (Age):** ____

* **Płeć (Gender):**

- Mężczyzna (Male) Kobieta (Female) Osoba transpłciowa (Transgender)
 Transkobieta (Trans Female/Trans Woman) Transmężczyzna (Trans Male/Trans Man) Osoba niebinarna (Non-binary)
 Niezgodność płciowa (Gender non-conforming) Żadna z podanych (None of these) Nie wiem / Wolę nie odpowiadać (Don't Know / Prefer not to answer)

* **Rasa / Pochodzenie etniczne (proszę wybrać wszystkie właściwe) [Race / Ethnicity (choose all that apply)]:**

- Osoba biała (White) Osoba hiszpańskojęzyczna, pochodzenia latynoskiego lub hiszpańskiego (Hispanic, Latino, or Spanish)
 Osoba czarna lub Afroamerykanin/Afroamerykanka (Black or African America) Azjata/Azjatka (Asian)
 Indianin/Indianka amerykański(-a) lub rdzenny mieszkaniec Alaski (American Indian or Alaska Native)
 Osoba pochodząca z Bliskiego Wschodu lub Północnej Afryki (Middle Eastern or North African)
 Rodowity Hawajczyk/Hawajka lub mieszkaniec/mieszkanka innych wysp na Pacyfiku (Native Hawaiian or Other Pacific Islander)
 Inna rasa lub pochodzenie etniczne (Some other race or ethnicity) Nie wiem / Wolę nie odpowiadać (Don't Know / Prefer not to answer)

* **Adres (Address):** _____ **Adres (wiersz 2) [Address (Line 2)]:** _____

* **Miasto (City):** _____ * **Stan (State):** _____ * **Kod pocztowy (Zip code):** _____

* **Okręg (County):** _____

Brak stałego adresu (No fixed address)

Adres e-mail (Email Address): _____

Można kontaktować się poprzez e-mail (Ok to contact via email)

* **Numer telefonu (Phone number):** _____

Można kontaktować się telefonicznie (Ok to contact via phone)

Brak telefonu (No phone)

Jaka jest preferowana metoda komunikacji? (What method of communication do you prefer?)

- SMS (Text) Telefonicznie (Call) E-mail (Email)

Preferowany język(i) [Preferred Language(s)]:

- Angielski (English)
 Hiszpański (Spanish)
 Koreański (Korean)

- Arabski (Arabic)
 Amharski (Amharic)
 Inny (Other): _____

Czy potrzebuje Pan(i) usług tłumaczeniowych? (Do you need translation services?) Tak (Yes) Nie (No)

***CZŁONKOWIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO - Proszę podać następujące informacje dla wszystkich pozostałych członków mieszkających w gospodarstwie domowym (*HOUSEHOLD MEMBERS - Provide the following information for all other members living in the household)**

*Imię (First Name)	*Nazwisko (Last Name)	*Data urodzenia (miesiąc/dzień/rok) LUB wiek [Date of Birth (Month/Day/Year) OR Age]	Płeć (Gender)	Pochodzenie etniczne (Ethnicity)

Pełnomocnictwo: Czy jest ktoś, kto może odebrać dla Pana(-i) jedzenie? (Proxy: Is there someone else who may pick up food for you?)

Imię (First name): _____ Nazwisko (Last name): _____ Numer telefonu (Phone number): _____

*** Czy ktoś w Pana(-i) gospodarstwie domowym otrzymuje obecnie świadczenia SNAP, znane również jako bony żywnościowe? (Is anyone in your household currently receiving SNAP, also known as food stamps?)**

Tak (Yes) Nie (No) Nie wiem / Wolę nie odpowiadać (Don't know / Prefer not to answer)

Inne programy rządowe (proszę wybrać wszystkie właściwe)

[Other Government Programs (select all that apply)]

TANF lub pomoc pieniężna (TANF or cash assistance)

Pomoc w ramach programu pomocy dla kobiet, niemowląt i dzieci (WIC)
[Women, Infants, and Children]

Ubezpieczenie społeczne (Social Security)

Uzupełniający zasiłek z ubezpieczeń społecznych (SSI) (Supplemental Security Income (SSI))

Ubezpieczenie z Social Security na wypadek niezdolności do pracy (SSDI) lub zasiłki z tytułu niezdolności do pracy (Social Security Disability Insurance (SSDI) or disability payments)

Medicare (Medicare)

Medicaid (Medicaid)

Program ubezpieczeń zdrowotnych dla dzieci (CHIP) [Children's Health Insurance Program (CHIP)]

Posiłki szkolne bezpłatne/w obniżonej cenie (Free/reduced price school meals)

Odroczenie płatności podatku dochodowego (EITC) lub inne ulgi podatkowe podlegające zwrotowi (Earned Income Tax Credit (EITC) or other refundable tax credits)

Program pomocy w opłaceniu rachunków za energię elektryczną dla gospodarstw o niskich dochodach (LIHEAP) [Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)]

Zasiłek dla bezrobotnych (Unemployment)

Odszkodowanie pracownicze (Worker's Compensation)

Dofinansowanie na cele mieszkaniowe (Housing subsidies)

Pomoc dla weteranów (Veteran's Assistance)

Program pomocy w zaopatrzeniu w żywność (Commodity Supplemental Food Program)

Dochód gospodarstwa domowego (Household Income):

Brak (Zero)

Mniej niż 500 USD (Less than \$500)

500 USD – 999 USD

1000 USD – 1999 USD

2000 USD – 2999 USD

3000 USD – 3999 USD

4000 USD lub więcej (\$4,000 or more)

Nie wiem / Wolę nie odpowiadać (Don't know / Prefer not to answer)

Status służby wojskowej (Military Status):

Tak, w czynnej służbie w przeszłości, ale nie obecnie (Yes, on active duty in the past, but not now) Tak, obecnie w czynnej służbie (Yes, now on active duty)

Nie, nigdy nie pełniłem(-am) czynnej służby z wyjątkiem wstępnego/podstawowego szkolenia (No, never on active duty except for initial/basic training) Nie wiem / Wolę nie odpowiadać (Don't know / Prefer not to answer)

Nie, nigdy nie pełniłem(-am) służby w Siłach Zbrojnych Stanów Zjednoczonych (No, never served in the U.S. Armed Forces)

Wymogi dietetyczne (Dietary Considerations):

Dieta o niskiej zawartości cukru / niskowęglowodanowa („przyjazna dla diabetyków”) [Low-sugar / low-carb ("diabetes-friendly")]

Dieta niskosodowa / dieta o niskiej zawartości tłuszczów nasyconych („dobra dla serca”) [Low-sodium / low-saturated fat ("heart healthy")]

Halal (Halal)

Wegańska (Vegan)

Bezglutenowa (Gluten-free)

Koszerna (Kosher)

Ograniczony dostęp/Brak urządzeń do gotowania (Limited / No cooking equipment)

Wegetariańska (Vegetarian)

Dieta miękka / problemy dentystryczne (Soft diet / dental concerns)

Nie wiem/Wolę nie odpowiadać (Don't know / Prefer not to answer)

Alergen pokarmowy (Food allergen): _____

Inna (Other): _____

Brak ograniczeń (No restrictions)

Uwagi: proszę wprowadzić dowolne informacje, które Pana(-i) zdaniem powinniśmy znać. Przykłady: „Szukamy pieluch.” „Potrzebne jedzenie dla psa.” (Notes: include any information you would like us to know. Examples: “Looking for diapers.” “We need dog food.”)

ZOBOWIĄZANIE CAFB DO OCHRONY DANYCH (THE CAFB DATA PROMISE)

Będziemy traktować Pana(-ią) i Pana(-i) informacje z godnością i szacunkiem. (We will treat you and your information with dignity and respect.)

Wszystkie informacje na Pana(-i) temat będą przechowywane w bezpieczny sposób. (We will keep your information safe and secure.)

Informacje zostaną wykorzystane wyłącznie w celu zapewnienia Panu(-i) lepszych usług. (We will only use this information to provide better services for you.)