



Serviço (Service)
Insights
Iniciativa (Initiative)

APENAS PARA USO PELA EQUIPE (FOR STAFF USE ONLY):

Código de barras # (Barcode #): _____

Formulário de recebimento de insights de serviço - imprima com clareza

(Service Insights Intake Form – Please Print Clearly)

Data (Date): _____

As perguntas obrigatórias estão em negrito (Required questions are bold)

Primeiro nome (First name): _____ **Sobrenome** (Last name): _____

Data de nascimento (Date of Birth): ____/____/____ (mm/dd/yyyy) OU (OR) **Idade** (Age): _____

Gênero (Gender):

- ☐ Masculino (Male) ☐ Feminino (Female) ☐ Transgênero (Transgender)
☐ Mulher trans (Trans Female/Trans Woman) ☐ Homem trans (Trans Male/Trans Man) ☐ Não binário (Non-binary)
☐ Gênero fora de conformidade (Gender non-conforming) ☐ Nenhum desses (None of these) ☐ Não sabe/prefere não responder (Don't Know / Prefer not to answer)

Raça/etnia (escolha todas que se aplicam) [Race / Ethnicity (choose all that apply)]:

- ☐ Branco (White) ☐ Hispânico, latino ou espanhol (Hispanic, Latino, or Spanish) ☐ Negro ou afro-americano (Black or African America)
☐ Asiático (Asian) ☐ Índio americano ou nativo do Alasca (American Indian or Alaska Native) ☐ Oriente médio ou norte da África (Middle Eastern or North African)
☐ Nativo havaiano ou outro ilhéu do Pacífico (Native Hawaiian or Other Pacific Islander)
Não sabe/prefere não responder (Don't Know / Prefer not to answer) ☐ Alguma outra raça ou etnia (Some other race or ethnicity)

Endereço (Address): _____ **Endereço (linha 2)** [Address (Line 2)]: _____

Cidade (City): _____ **Estado** (State): _____ **CEP** (ZIP Code): _____

Condado ou distrito (County or Ward): _____

☐ Sem endereço fixo (No fixed address)

Endereço de e-mail (Email Address): _____

Número de telefone (Phone number): _____

☐ Permito entrar em contato por e-mail (Ok to contact via email)

☐ Permito entrar em contato via telefone (Ok to contact via phone)

Qual método de comunicação você prefere? (What method of communication do you prefer?)

☐ Sem telefone (No phone)

☐ Texto (Text) ☐ Chamada (Call) ☐ E-mail (Email)

Idioma(s) preferido(s) [Preferred Language(s)]:

- ☐ Inglês (English)
☐ Espanhol (Spanish)
☐ Coreano (Korean)

- ☐ Árabe (Arabic)
☐ Amárico (Amharic)
☐ Outro (Other): _____

Precisa de serviços de tradução? (Do you need translation services?)

☐ Sim (Yes) ☐ Não (No)

MEMBROS DA FAMÍLIA - Forneça as seguintes informações para todos os outros membros que moram no domicílio

(HOUSEHOLD MEMBERS - Provide the following information for all other members living in the household)

Primeiro nome (First Name)	Sobrenome (Last Name)	Data de nascimento (Mês/Dia/Ano) OU Idade [Date of Birth (Month/Day/Year) OR Age]	Gênero (Gender)	Etnia (Ethnicity)

Representante: Há mais alguém que possa pegar comida para você? (Proxy: Is there someone else who may pick up food for you?)

Primeiro nome (First name): _____ **Sobrenome** (Last name): _____ **Número de telefone** (Phone number): _____

Alguém em sua casa recebe atualmente o SNAP, também chamado de vale-refeição? (Is anyone in your household currently receiving SNAP, also known as food stamps?)

☐ Sim (Yes) ☐ Não (No) ☐ Não sabe/prefere não responder (Don't know / Prefer not to answer)

Outros programas governamentais (selecione todos os que se aplicam) [Other Government Programs (select all that apply)]

- | | |
|---|--|
| ☐ TANF ou assistência em dinheiro (TANF or cash assistance) | ☐ Refeições escolares gratuitas/a preço reduzido (Free/reduced price school meals) |
| ☐ Mulheres, bebês e crianças (WIC) [Women, Infants, and Children ((WIC)] | ☐ Crédito de imposto de renda ganho (EITC) ou outros créditos fiscais reembolsáveis (Earned Income Tax Credit (EITC) or other refundable tax credits) |
| ☐ Seguridade social (Social Security) | ☐ Programa de assistência de energia residencial de baixa renda (LIHEAP) [Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)] |
| ☐ Renda de segurança complementar (SSI) [Supplemental Security Income (SSI)] | ☐ Desemprego (Unemployment) |
| ☐ Seguro de invalidez da seguridade social (SSDI) ou pagamentos por invalidez (Social Security Disability Insurance (SSDI) or disability payments) | ☐ Compensação do trabalhador (Worker's Compensation) |
| ☐ Medicare (Medicare) | ☐ Subsídios de habitação (Housing subsidies) |
| ☐ Medicaid (Medicaid) | ☐ Assistência ao veterano (Veteran's Assistance) |
| ☐ Programa de seguro de saúde infantil (CHIP) [Children's Health Insurance Program (CHIP)] | ☐ Programa de alimentos suplementares de commodities (Commodity Supplemental Food Program) |
| ☐ Programa de seguro de saúde infantil (CHIP) [Children's Health Insurance Program (CHIP)] | |

Renda familiar (Household Income):

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Zero | ☐ Menos de \$ 500 (Less than \$500) | ☐ \$500 - \$999 |
| ☐ \$ 1.000 - \$ 1.999 | ☐ \$2.000 - \$2.999 | ☐ \$3.000 - \$3.999 |
| ☐ \$ 4.000 ou mais (\$4,000 or more) | ☐ Não sabe/prefere não responder (Don't know / Prefer not to answer) | |

Status militar (Military Status):

Alguém em sua casa, incluindo você, serviu na ativa nas Forças Armadas dos EUA? O serviço ativo inclui o serviço nas Forças Armadas dos EUA, bem como a ativação da Reserva ou da Guarda Nacional. (Has anyone in your household, including yourself, served on active duty in the U.S. Armed Forces? Active duty includes serving in the U.S. Armed Forces as well as activation from the Reserves or National Guard.)

- | | |
|---|---|
| ☐ Sim, serviço ativo no passado, mas não agora (Yes, on active duty in the past, but not now) | ☐ Sim, atualmente na ativa (Yes, now on active duty) |
| ☐ Não, nunca na ativa, exceto para treinamento inicial/básico (No, never on active duty except for initial/basic training) | ☐ Não sabe/prefere não responder (Don't know / Prefer not to answer) |
| ☐ Não, nunca serviu nas Forças Armadas dos EUA (No, never served in the U.S. Armed Forces) | |

Considerações dietéticas (Dietary Considerations):

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Baixo teor de açúcar/baixo teor de carboidratos ("amigo do diabetes") [Low-sugar/low-carb ("diabetes-friendly")] | ☐ Baixo teor de sódio/baixo teor de gordura saturada ("coração saudável") [Low-sodium/low-saturated fat ("heart healthy")] | ☐ Halal |
| ☐ Não contém glúten (Gluten-free) | ☐ Kosher | ☐ Vegano (Vegan) |
| ☐ Vegetariano (Vegetarian) | ☐ Dieta leve/preocupações com os dentes (Soft diet / dental concerns) | ☐ Limitado/sem equipamento de cozinha (Limited/No cooking equipment) |
| ☐ Alérgeno alimentar (Food allergen) : _____ | ☐ Outro (Other): _____ | ☐ Não sabe/prefere não responder (Don't know/Prefer not to answer) |
| ☐ Sem restrições (No restrictions) | | |

Notas: inclua qualquer informação que você gostaria que soubéssemos. Exemplos: "Procurando fraldas." "Precisamos de comida de cachorro." (Notes: include any information you would like us to know. Examples: "Looking for diapers." "We need dog food.")

A PROMESSA DE DADOS DA CAFB (THE CAFB DATA PROMISE)

Trataremos você e suas informações com dignidade e respeito. (We will treat you and your information with dignity and respect.)

Manteremos suas informações seguras e protegidas. (We will keep your information safe and secure.)

Usaremos essas informações apenas para fornecer melhores serviços para você. (We will only use this information to provide better services for you.)