



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 lub podopieczny (County or Ward): _____

☐ Brak stałego adresu (No fixed address)

Adres e-mail (Email Address): _____

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

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

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

Numer telefonu (Phone number): _____

☐ Można kontaktować się telefonicznie (Ok to contact via phone)

☐ Brak telefonu (No phone)

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)		
<u>Inne programy rządowe (proszę wybrać wszystkie właściwe)</u> [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)		
<u>Dochód gospodarstwa domowego (Household Income):</u> ☐ 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)		
<u>Status służby wojskowej (Military Status):</u> ☐ 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)		
<u>Wymogi dietetyczne (Dietary Considerations):</u> ☐ Dieta o niskiej zawartości cukru / niskowęglowodanowa („przyjazna dla diabetyków”) [Low-sugar / low-carb ("diabetes-friendly")] ☐ Bezglutenowa (Gluten-free) ☐ Wegetariańska (Vegetarian) ☐ Alergen pokarmowy (Food allergen): _____ ☐ Brak ograniczeń (No restrictions) ☐ Dieta niskosodowa / dieta o niskiej zawartości tłuszczów nasyconych („dobra dla serca”) [Low-sodium / low-saturated fat ("heart healthy")] ☐ Koszerna (Kosher) ☐ Dieta miękka / problemy dentystyczne (Soft diet / dental concerns) ☐ Inna (Other): _____ ☐ Halal (Halal) ☐ Wegańska (Vegan) ☐ Ograniczony dostęp/Brak urządzeń do gotowania (Limited / No cooking equipment) ☐ Nie wiem/Wolę nie odpowiadać (Don't know / Prefer not to answer)		
<u>Uwagi: proszę wprowadzić dowolne informacje, które Pana(-i) zdaniem powinniśmy znać. Przykłady: „Szukamy pieluch.” „Potrzebne jedzenie dla psa.”</u> (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.)		