



Administrative Purposes Only	
Site Name:	Assistance Date:
Card #:	<input type="checkbox"/> Entry Complete

Spanish Version

Registro de Nuevo Miembro de Despensa

Por favor complete el formulario de manera legible y en letras en Inglés/Español. Si ocupa asistencia, por favor informe a un voluntario.

1. Nombre:		2. Fecha de Nacimiento (mes/día/año): / /	
3. ¿Cuántas personas hay en su hogar?	4. Número de miembros en hogar en cada categoría de edad: Niños (0 – 17): _____ Adultos (18 – 59): _____ Personas mayores(60+): _____		
5. Dirección:	Ciudad:	Código Postal:	<input type="checkbox"/> Marque la casilla si se encuentra sin hogar
6. Número de teléfono (incluyendo código de área): () -		<input type="checkbox"/> Marque la casilla para recibir actualizaciones por mensaje de texto de BFN (Se aplican tarifas de mensajería estándar)	
7. ¿Cómo se identifica usted mismo por raza/etnia? (seleccione todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> Hispano/a or Latinx <input type="checkbox"/> Negro or Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco/a/Caucásico/a <input type="checkbox"/> Medio Oriente o Norte de África <input type="checkbox"/> Chino/a <input type="checkbox"/> Japonés/Japonesa <input type="checkbox"/> Coreano/a <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Nativo/a Hawaiano/a /Isleño/a del Pacífico <input type="checkbox"/> Filipino/a <input type="checkbox"/> Sudeste Asiático <input type="checkbox"/> Indio/a <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Prefiero no decir <input type="checkbox"/> Otra raza/etnia: _____			
8. ¿Cuál es su idioma preferido? <input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Español <input type="radio"/> Cantonés <input type="radio"/> Mandarín <input type="radio"/> Vietnamita <input type="radio"/> Filipino/Tagalog <input type="radio"/> Amárico <input type="radio"/> Farsi <input type="radio"/> Hindi <input type="radio"/> Coreano <input type="radio"/> Portugués <input type="radio"/> Francés <input type="radio"/> Punjabi <input type="radio"/> Nepalí <input type="radio"/> Árabe <input type="radio"/> Otro Idioma: _____			
9. Hay alguien en su hogar que recibe CalFresh/Snap EBT? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
10. Si no, le gustaría ser preseleccionado para CalFresh/Snap EBT? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
11. ¿Cómo escuchó sobre Berkeley Food Network? (por favor seleccione uno) <input type="radio"/> Familia/Amigo <input type="radio"/> Boletín <input type="radio"/> Escuela <input type="radio"/> Trabajo <input type="radio"/> Redes Sociales <input type="radio"/> Sitio Web <input type="radio"/> Complejo de viviendas <input type="radio"/> Caminé/conduje por <input type="radio"/> Referencia a servicios sociales <input type="radio"/> Otro: _____			
12. ¿Alguna de estas categorías sociales se aplica a usted? (seleccione todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> Estudiante universitario actual <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Anteriormente encarcelado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Ninguno			
13. Usted o alguien en su hogar viven, trabajan, o atienden una escuela en Berkeley? (seleccione todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Estudio			
14. Berkeley Food Network permite a cada familia venir a la despensa en 9th Street una vez por semana. ¿Qué día de la semana planea venir a la despensa en 9th Street? <input type="radio"/> Martes <input type="radio"/> Jueves			

Toda la información se almacena en una base de datos computarizada compartida basada en la nube que registra información sobre las personas que necesitan asistencia alimentaria. Toda la información de identificación personal, como nombre, dirección completa y números de teléfono, no se compartirá con nadie más que Berkeley Food Network (BFN) y Alameda County Community Food Bank (ACCFB). BFN utiliza esta información para obtener información sobre cómo servir mejor a la comunidad con asistencia alimentaria de emergencia y otros servicios comunitarios. La firma de este acuerdo permite a BFN y ACCFB almacenar su información durante tres años. Si desea eliminar su información de esta base de datos privada y segura, puede escribir a BFN y ACCFB solicitando no participar en el sistema de voz del cliente Oasis. Autorizo a Berkeley Food Network y a las agencias de la red de BFN a recopilar y almacenar de forma segura mi información básica.

Firma _____

Fecha _____