



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

Spanish Version

## Registración para miembros nuevos

<b>1. Nombre Entero:</b>		<b>2. Fecha de Nacimiento:</b>	
<b>3. Cantidad de personas en su hogar:</b> _____	<b>4. Cantidad de miembros en su hogar en cada rango de edad:</b> Niños (0 – 17): _____ Adultos (18 – 59): _____ Persona Mayor (60+): _____		
<b>5. Domicilio:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Código Postal:</b>	<input type="checkbox"/> Marque esta caja si está experimentando una falta de alojamiento o hogar.
<b>6. Número de teléfono:</b>		<input type="checkbox"/> Marque esta caja para recibir actualizaciones de BFN. <i>Tarifas regulares de mensajes aplican</i>	
<b>7. Como se identifica en términos de raza o etnicidad? (Marcar todos los que aplican)</b> <input type="checkbox"/> Hispano or Latine <input type="checkbox"/> Negro o Afrodecendiente <input type="checkbox"/> Blanco o Anglodecendiente <input type="checkbox"/> Del Medio Oriente o Norte de Africa <input type="checkbox"/> Asiático o de las Islas Pacíficas <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Prefiero no decir <input type="checkbox"/> Otra raza o etnicidad, por favor describe: _____			
<b>8. ¿Cuál es su idioma preferido? (escoja uno)</b> <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"/> Arabe <input type="radio"/> Farsi <input type="radio"/> ASL <input type="radio"/> Otro idioma: _____			
<b>9. ¿Cómo es que escucho de esta alacena? (escoja uno)</b> <input type="radio"/> Familia/amistad <input type="radio"/> Folleto <input type="radio"/> Escuela <input type="radio"/> Trabajo <input type="radio"/> Redes sociales <input type="radio"/> Sitio web <input type="radio"/> Conjunto de viviendas <input type="radio"/> Pasé caminando o manejando <input type="radio"/> Otro: _____			
<b>10. ¿Te aplican una de estas categorías sociales? (Marcar todos los que aplican)</b> <input type="checkbox"/> Estudiante universitario <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Anteriormente encarcelado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Ninguno aplica			
<b>11. ¿Hay alguien en su hogar que recibe Cal Fresh/SNAP EBT?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<b>12. Si no recibe Cal Fresh/SNAP EBT, ¿quisiera ver si puede empezar a recibir esos beneficios?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Toda la información se almacena en una base de datos computarizada compartida basada en la nube que registra información sobre las personas que necesitan servicios de emergencia. Entiendo que mi información de identificación personal, como mi nombre, dirección completa y números de teléfono, no se compartirá con nadie más que Berkeley Food Network (BFN) y sus agencias de red, incluido el Banco de Alimentos Comunitario del Condado de Alameda (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 le permite a BFN & ACCFB almacenar su información durante tres años. Si desea eliminar su información de esta base de datos privada y segura, puede escribir a BFN & ACCFB solicitando no participar en el sistema de voz Oasis Clint.

Autorizo a Berkeley Food Network y a las agencias de red de BFN a recopilar y almacenar de manera segura mi información básica.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_