

Community Food Share—Formulario de inscripción

Por favor llene y complete todos los campos requeridos para que podamos procesar su inscripción

Apellido:		Nombre:		Fecha de Nacimiento		
				Mes	Día	Año
Dirección:				Unidad o apartamento #		
Ciudad		Código Postal		Numero de teléfono:		
Dirección de correo electrónico:				Casa <input type="checkbox"/>	Celular <input type="checkbox"/>	

Género:
 Mujer Hombre Otro Hispano/ Latino No-Hispano

Raza
 Asiático Blanco Nativo de Hawai u otros Isleños del Pacifico
 Afroamericano Indígena americano Otra _____

Idioma principal:
 Inglés Español Otro _____

Llámeme para recibir alimentos gratuitos a través del SNAP (Programa de asistencia nutricional suplementaria) Si No

Cuéntenos sobre su hogar:
 Número de niños (edad 0-17) Número de adultos (edad 18-59) Número de ancianos (edad 60+)

Indique todos los demás miembros del hogar (incluyendo los niños) y sus fechas de Nacimiento (no es necesario incluirse a si mismo)

Apellido:	Nombre:	Mes	Día	Año
Apellido:	Nombre:	Mes	Día	Año

Community Connect Autorización para Divulgar Información

Nuestra agencia participa en el sistema de administración de casos Community Connect. Connect es un sistema compartido entre los proveedores de servicios de la comunidad que fue diseñado para ayudar a las personas a administrar sus servicios de apoyo, informarse sobre los beneficios para los que pueden calificar y conectarse con el personal de la agencia para obtener ayuda con la inscripción o elegibilidad. Connect es administrado por el Departamento de Vivienda y Servicios Humanos del Condado de Boulder.

Al firmar este formulario de autorización, usted manifiesta que está de acuerdo en permitir que las agencias asociadas con Connect compartan su información con el propósito de coordinar recursos y servicios en su nombre.

¿Quién puede compartir mi información?

Las agencias asociadas incluyen las dependencias de servicios humanos y sociales del condado, organizaciones comunitarias sin fines de lucro y otras entidades de coordinación de la atención que usted recibe o que puede ser elegible para recibir servicios. Este formulario incluye una lista actualizada de las agencias asociadas con Connect, la que también está disponible en <https://www.bouldercountyconnect.org/apex/ConnectPartnerAgencies>

¿Cómo se usará y divulgará mi información?

Su información puede ser intercambiada por las agencias asociadas de Connect con el propósito de coordinar recursos y servicios en su nombre, lo que incluye la determinación de beneficios y la administración del caso. Sólo se compartirá la información que sea necesaria o apropiada para administrar el acceso a recursos, la determinación de beneficios y la coordinación de casos.

¿Qué información puede compartirse? Las agencias asociadas pueden intercambiar los siguientes tipos de información (según corresponda):

- Nombre, fecha de nacimiento, datos demográficos e información de contacto
- Inscripción en el programa y beneficios o servicios recibidos
- Notas de casos, evaluaciones y actividades de planificación
- Información sobre empleo e ingresos
- Identificación con fotografía (por ejemplo, licencia de conducir, pasaporte, identificación militar u otra emitida por el gobierno) y/o acta de nacimiento (para verificación de la identidad)
- Información básica del hogar, incluidos los datos anteriores sobre sus hijos menores de edad

SU FIRMA EN ESTE FORMULARIO SIGNIFICA QUE ENTIENDE LO SIGUIENTE:

- No estoy obligado a firmar esta autorización para solicitar o recibir beneficios o servicios de las agencias asociadas.
- Todas las agencias asociadas cubiertas por esta autorización están obligadas por contrato a mantener la confidencialidad de mi información.
- Las agencias asociadas deben cumplir con todas las leyes y reglamentos federales y estatales que correspondan a la divulgación de mi información.
- Las agencias asociadas pueden utilizar datos anónimos (no identificativos) para la evaluación de los programas, valoración y otros fines legales.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que alguna agencia asociada haya actuado con base en ella, y para ello, sólo tengo que enviar una notificación por escrito a la agencia asociada
- Puedo obtener una copia de esta autorización previa autorización

Vencimiento de la autorización: A menos que yo la revoque antes, esta autorización vencerá un (1) año después de la fecha de su firma.

Mediante mi firma a continuación, certifico que he leído y comprendo el contenido de este formulario.

Nombre del cliente en letra de imprenta:	Fecha de nacimiento:
Firma del cliente:	Fecha:

Data Entry Details	Site:	Date:	TEFAP Qualification <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> AI	Type of Service: <input type="checkbox"/> Food Distribution
BCC#	Staff/ Volunteer Name:	<input type="checkbox"/> Food Delivery	<input type="checkbox"/> EFB	<input type="checkbox"/> TEFAP