Registración de Link2Feed

*= Se Requiere

VECINOS. EMPODERADOS.

¿Hoy es tu primera visita? Por favor marque Sí o No

Información del jefe de hogar/comprador

***Primer Nombre** _____ ***Apellido** _____

***Fecha De Nacimiento** *(MM/DD/AAAA)* _____

***Género** *Ver ⓘ hacia la derecha* _____

***Etnicidad** *Ver ⓘ hacia la derecha* _____

ⓘ Género

☐Femenino ☐Masculino ☐No Binarie ☐Otro ☐Prefiero No Responder

ⓘ Etnicidad

☐Asiático ☐Negro/Afroamericano ☐Hispano/Latino ☐Blanco
☐Medio Oriental/Norafricano ☐Nativo Americano/Indio Americano
☐Nativo de Alaska ☐Isleño Pacífico ☐Otro ☐Prefiero no Responder

Dirección _____ **Apt. #** _____ **Ciudad** _____

***Estado** _____ ***Codigo Postal** _____ ***Condado** *Ejemplos: Winnebago, Kane, Lake, Will, etc.* _____

☐ Sin dirreción fija

Proveer la dirección completa es voluntario y no se requiere para recibir comida

Correo Electónico - _____ ☐ Permiso de Contactar **Teléfono** - ( ) - - Permiso de contactar: ☐ Voz ☐ Texto

***Tipo de Empleo Actual:** ☐ Tiempo completo ☐Tiempo parcial ☐Jubilado ☐Ninguna ☐ Prefiero no responder
☐No trabaja y busca trabajo activamente ☐ Cuidador/estudiante sin pago ☐ No trabajo debido a mala salud

***Alguien En La Casa Tiene Consideraciones Diatéticas?** _____
Bajo en sodio, Halal, sin cacahuetes o otro tipo de nueces o algo otro

***Alguien en su hogar recibe SNAP/Estampillas o la Link Card?**
Por Favor Marque Sí o No
Elegibilidad para ninguna programa será afectada

***Escribe todos los otros miembros de hogar abajo**

***Nombre** *Primer y Apellido*	***Fecha de Nacimiento** *MM/DD/AAAA*	***Relación** *Niño/Amigo/etc*	***Género** *Ver ⓘ de arriba*	***Etnicidad** *Ver ⓘ de arriba*

Datos Rápidos deLink2Feed

1. Link2Feed es el sitio web que utiliza el NIFB para recopilar datos de manera segura de nuestras agencias miembros, lo que nos ayuda a mejorar nuestros programas.
2. Cuando se registre en Link2Feed, costará menos tiempo en otras dispensas que también usen Link2Feed.
3. **NO COMPARTIMOS** la información con nadie. El gobierno no tiene accesso a la información personal, incluye IDHS, ICE, INS, o CBP.
4. Registrarse Link2Feed **NO AFECTA** eligibilidad de ninguna programas de beneficios del publico, incluye SNAP, Medicad, LIHEAP, etc.

Declaración de derechos civiles del USDA

Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales o locales y sus subreceptores, deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación: De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del USDA, esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, identidad de género, orientación sexual, discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720- 2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al ASCR sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por: (1) correo: USDA 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; o (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Link2Feed Consentimiento y Descargo de Responsibilidad

El Banco de Alimentos del Norte de Illinois (NIFB) respeta su información y desea garantizar que se mantenga privada. Proporcionar información de manera electrónica puede ser más seguro que proporcionarla en escrito. Solo ciertos miembros del personal y voluntarios pueden registrarse al sistema informático, y cada persona ha sido capacitada y ha firmado un acuerdo para que su información se mantenga privada. Es posible la usemos para:

- **Para mejorar nuestros programas**: Es posible que usemos su información para mejorar nuestros programas o actividades. Por ejemplo, el personal puede revisar la información para verificar la calidad de los servicios que reciben las personas.
- **Para hacer investigación:** Es posible que usemos su información para hacer investigaciones y análisis. Cualquier informe producido con los datos no identificará su información individual. El personal y voluntarios solo compartirán su información con personas calificadas fuera de nuestra agencia.
- **Para conectarlo con otros programas**: Si usted lo solicita, es posible que compartamos su información personal para ver si es elegible para otros beneficios o programas, tales como beneficios del Seguro Social o SNAP.
- **Para informar sobre abuso, lesiones corporales o negligencia**: Somos obligados por ley a informar cualquier caso de sospecha de abuso o negligencia hacia niños o adultos vulnerables. También la ley nos obliga a compartir información acerca de usted a la policía en ciertos casos, por ejemplo, si usted lesiona a un miembro de nuestro personal, a otro cliente o si causa daños en nuestra propiedad. También es posible que compartamos su información personal en caso de una amenaza al público, tal como un ataque terrorista o un desastre natural.
- **Para informarle actualizaciones importantes**: Si indica "comunicación por medio mensaje de texto, voz o correo electrónico", su información podrá compartirse, descargarse y usarse en todas las aplicaciones. Es posible que reciba información tanto de las agencias miembro como del NIFB.

Nombre del Cliente:_____ Firma del Cliente:_____ Fecha:_____