

TCP ID # _____

DATE: _____

THE CARING PLACE INTAKE FORM

The mission of The Caring Place is to provide for the basic human needs of all people in our community in a welcoming, respectful and caring way.

HEAD OF HOUSEHOLD INFORMATION

NAME: _____ DOB: _____

ADDRESS: _____ APT: _____ ZIP: _____

PHONE: _____ EMAIL: _____

GENDER: FEMALE MALE NON-BINARY

RACE/ETHNICITY: AFRICAN AMERICAN/BLACK HISPANIC/LATINA/LATINO
 AMERICAN INDIAN OR ALASKAN NATIVE ASIAN WHITE
 MULTI-RACIAL OR OTHER NATIVE HAWAIIAN OR PACIFIC ISLANDER

DO YOU HAVE HEALTH INSURANCE: YES NO

ARE YOU CURRENTLY WORKING: YES NO

ARE YOU A VETERAN OR ACTIVE MILITARY: YES NO

DO YOU: RENT OWN I AM HOMELESS

HOW MANY PEOPLE LIVE IN YOUR HOUSE (INCLUDE YOURSELF): _____

WHAT IS YOUR FAMILY'S TOTAL MONTHLY INCOME: \$0 \$ _____ PER MONTH

DO YOU HAVE ANY OF THESE BENEFITS:

SNAP TANF SSI WIC MEDICAID SCHOOL LUNCH PROGRAM I DO NOT HAVE BENEFITS

DOES ANYONE IN THE HOME HAVE A LOAN WITH HIGH INTEREST (PAYDAY OR TITLE)?

YES NO

HOW DID YOU HEAR ABOUT US?

FAITH BASED ORGANIZATION FRIENDS/FAMILY LANDLORD/UTILITY COMPANY
 SCHOOL/COMMUNITY ORGANIZATION SOCIAL MEDIA

SIGNATURE

MY SIGNATURE ACKNOWLEDGES:

ALL INFORMATION IS TRUE AND CORRECT

I HAVE READ AND AGREE TO TCP'S CLIENT AGREEMENT/INFORMED CONSENT

I HAVE READ AND AGREE TO TCP'S HIPAA NOTICE

I HAVE READ AND AGREE TO TCP'S CLIENT RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

SIGNATURE

DATE

TCP USE ONLY: FOOD HOPE

HOUSEHOLD: RESIDENCY VERIFIED Yes No by (initials): _____ DATE: _____ AMT \$ _____

TCP ID # _____

FECHA: _____

FORMULARIO DE ADMISIÓN DE THE CARING PLACE

La misión de The Caring Place es satisfacer las necesidades humanas básicas de todas las personas de nuestra comunidad de una manera acogedora, respetuosa y considerada.

INFORMACIÓN DEL JEFE DE HOGAR

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____ APT: _____ ZIP: _____

TELÉFONO: _____ EMAIL: _____

GÉNERO: FEMENINO MASCULINO NO-BINARIO

RAZA/ETNICIDAD: AFROAMERICANO/NEGRO HISPANO/LATINO
 INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA ASIÁTICO BLANCO
 MULTI-RACIAL O OTRO NATIVO HAWAIANO O DE ISLA DEL PACÍFICO

TIENE SEGURO MÉDICO: SÍ NO

ESTÁS TRABAJANDO: SÍ NO

ERES VETERANO O MILITAR ACTIVO: SÍ NO

USTED: RENTA DUEÑO DE SU VIVIENDA NO TENGO HOGAR/VIVIENDA

¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN EN SU CASA/APT? (INCLUIDO USTED): _____

¿CUÁL ES EL INGRESO MENSUAL TOTAL DE SU FAMILIA? \$0 \$ _____ POR MES

¿TIENE ALGUNO DE ESTOS BENEFICIOS? :

SNAP TANF SSI WIC MEDICAID PROGRAMA DE ALMUERZO ESCOLAR
 NO TENGO BENEFICIOS

¿ALGUIEN EN LA CASA TIENE UN PRÉSTAMO CON ALTO INTERÉS (DÍA DE PAGO O TÍTULO)? : SÍ NO

¿CÓMO ESCUCHASTE DE NOSTROS?

ORGANIZACIÓN BASADA EN LA FE AMIGOS/FAMILIA ARRENDADOR/COMPAÑÍA DE SERVICIOS PÚBLICOS
 ESCUELA/OTRA ORGANIZACIÓN COMUNITARIA REDES SOCIALES

FIRMA

MI FIRMA RECONOCE:

TODA LA INFORMACIÓN ES VERDADERA Y CORRECTA

HE LEÍDO Y ACEPTO EL ACUERDO DE CLIENTE/CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TCP

HE LEÍDO Y ACEPTO EL AVISO HIPAA DE TCP

HE LEÍDO Y ACEPTO LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE DE TC

FIRMA

FECHA

TCP USE ONLY:

FOOD HOPE

HOUSEHOLD: RESIDENCY VERIFIED _____ DATE: _____ AMT \$ _____