



# GUEST INFORMATION FORM

Welcome to the Flint Hills Breadbasket! All information on this form is to help us add you and your household to our system. Please let us know if you need help or have questions about the form.

## PERSONAL INFORMATION

**First Name** \_\_\_\_\_ **Last Name** \_\_\_\_\_

**Gender Identity** \_\_\_\_\_ **Race/Ethnicity** \_\_\_\_\_ **Date of Birth** \_\_\_\_\_  
Month, Day and Year

**Address** \_\_\_\_\_ **City** \_\_\_\_\_

**Email** \_\_\_\_\_ **Phone Number** \_\_\_\_\_

## HOUSEHOLD INFORMATION

Please add the household member's information below. A household member is any person you cook for or share food. If there are more people in your household, please write their information on the back of this page or use another one of these forms.

}	<b>First Name</b> _____	<b>Last Name</b> _____
	<b>Gender Identity</b> _____	<b>Race/Ethnicity</b> _____ <b>Date of Birth</b> _____ <small>Month, Day and Year</small>
}	<b>First Name</b> _____	<b>Last Name</b> _____
	<b>Gender Identity</b> _____	<b>Race/Ethnicity</b> _____ <b>Date of Birth</b> _____ <small>Month, Day and Year</small>
}	<b>First Name</b> _____	<b>Last Name</b> _____
	<b>Gender Identity</b> _____	<b>Race/Ethnicity</b> _____ <b>Date of Birth</b> _____ <small>Month, Day and Year</small>
}	<b>First Name</b> _____	<b>Last Name</b> _____
	<b>Gender Identity</b> _____	<b>Race/Ethnicity</b> _____ <b>Date of Birth</b> _____ <small>Month, Day and Year</small>
}	<b>First Name</b> _____	<b>Last Name</b> _____
	<b>Gender Identity</b> _____	<b>Race/Ethnicity</b> _____ <b>Date of Birth</b> _____ <small>Month, Day and Year</small>

**Do you receive SNAP benefits?**

- Yes  No

**Have you been worried about food running out before you had more money?**

- Yes, most of the time.  No  
 Yes, but not always.

**Has food been running out before there was money to buy more?**

- Yes, most of the time.  No  
 Yes, but not always.

**Do you receive any other government assistance?**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Child Care Assistance  | <input type="checkbox"/> Children's Health Insurance Program (CHIP) | <input type="checkbox"/> Commodity Supplemental Food Program (CSFP) |
| <input type="checkbox"/> Earned Income Tax Credit (EITC) or other refundable tax credits    | <input type="checkbox"/> Food Distribution on Indian Reservation    | <input type="checkbox"/> Free/ reduced price school meals           |
| <input type="checkbox"/> General Assistance   | <input type="checkbox"/> Headstart                                  | <input type="checkbox"/> Housing Subsidies                          |
| <input type="checkbox"/> Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)                 | <input type="checkbox"/> Medicaid                                   | <input type="checkbox"/> Medicare                                   |
| <input type="checkbox"/> Public Housing   | <input type="checkbox"/> Social Security                            | <input type="checkbox"/> Refugee Assistance                         |
| <input type="checkbox"/> Social Security Disability Insurance (SSDI) or disability payments | <input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI)         | <input type="checkbox"/> TANF or cash assistance                    |
| <input type="checkbox"/> Unemployment   | <input type="checkbox"/> Veteran's Assistance                       | <input type="checkbox"/> Weatherization                             |
| <input type="checkbox"/> Women, Infants and Children (WIC)                                  | <input type="checkbox"/> Worker's Compensation                      | <input type="checkbox"/> None                                       |
|   |   | <input type="checkbox"/> Don't Know/ Prefer Not To Answer           |

**Does anyone in your household, including yourself, have a disability that prevents them from accepting any kind of work during the next six months?**

- Yes  No  Don't know/ Prefer not to answer

**Any Dietary Restrictions? (Check all that apply)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Low-sugar/ low-carb           | <input type="checkbox"/> Low-sodium/ Low-saturated fat |
| <input type="checkbox"/> Kidney Disease Friendly Diet  | <input type="checkbox"/> Gluten-free                   |
| <input type="checkbox"/> Vegan                         | <input type="checkbox"/> Vegetarian                    |
| <input type="checkbox"/> Limited/ No cooking equipment | <input type="checkbox"/> Food allergen: _____          |
| <input type="checkbox"/> Halal                         | <input type="checkbox"/> Kosher                        |
| <input type="checkbox"/> No Restrictions               | <input type="checkbox"/> Soft diet/ Dental concerns    |

**Which represents household income for a typical month?**

- Zero  Less than 500  \$500-\$999  
 \$1,000-\$1,999  \$2,000-\$2,999  \$3,000-\$3,999  
 4,000 or more  Don't know/prefer not to answer

**What's your living situation today?**

- I have a steady place to live  
 I have a place to live today, but I am worried about losing it in the future.  
 I do not have a steady place to live  
 Don't know/ Prefer not to answer

**Has anyone in your household been told by a doctor or other health professional that they have any of the following:**

- Diabetes/Sugar Diabetes/ Prediabetic  
 High blood pressure/ Hypertension  None  
 Heart Disease/ Stroke  Prefer not to answer

**Has anyone in your household, including yourself, serve or have ever served in the U.S Armed Forces? Including Reserves or National Guard.**

- Yes, now on active duty  No, never served.  
 Yes, on active duty in the past, but not now  Don't know/ Prefer not to answer  
 No, never on active duty except for initial/basic training

**In the last month, did you, or anyone in your household work for pay full-time (30 hours or more)?**

- Yes  No  Don't know/ Prefer not to answer



# FORMULARIO DE INFORMACIÓN

¡Bienvenidos al Mercado de Flint Hills! Toda la información en este formulario es para ayudar al nosotros agregar a usted y a su hogar a nuestro sistema. Déjenos saber si necesita ayuda o tiene preguntas sobre el formulario.

## INFORMACION PERSONAL

<b>Nombre</b>	_____	<b>Apellido</b>	_____
<b>Identidad de género</b>	_____	<b>Raza/Etnicidad</b>	_____
		<b>Fecha de nacimiento</b>	_____
			<i>Mes, día y año</i>
<b>Dirrección</b>	_____	<b>Ciudad</b>	_____
<b>Correo electrónico</b>	_____	<b>Número de teléfono</b>	_____

## INFORMACIÓN DEL HOGAR

Agregue la información de los miembros del hogar que se le solicita abajo. Un miembro del hogar es cualquier persona para la que usted cocina o comparte alimentos. Si hay más personas en su hogar, escriba su información en el reverso de esta página o use otro de estos formularios.

<b>Nombre</b>	_____	<b>Apellido</b>	_____
<b>Identidad de género</b>	_____	<b>Raza/Etnicidad</b>	_____
		<b>Fecha de nacimiento</b>	_____
			<i>Mes, día y año</i>
<b>Nombre</b>	_____	<b>Apellido</b>	_____
<b>Identidad de género</b>	_____	<b>Raza/Etnicidad</b>	_____
		<b>Fecha de nacimiento</b>	_____
			<i>Mes, día y año</i>
<b>Nombre</b>	_____	<b>Apellido</b>	_____
<b>Identidad de género</b>	_____	<b>Raza/Etnicidad</b>	_____
		<b>Fecha de nacimiento</b>	_____
			<i>Mes, día y año</i>
<b>Nombre</b>	_____	<b>Apellido</b>	_____
<b>Identidad de género</b>	_____	<b>Raza/Etnicidad</b>	_____
		<b>Fecha de nacimiento</b>	_____
			<i>Mes, día y año</i>

**¿Recibe beneficios de SNAP?**

- Sí  No

**¿Te has preocupado que se te acabará la comida antes de tener más dinero?**

- Sí, la mayoría del tiempo.  No
- Sí, pero no siempre.

**¿Se ha estado acabando la comida antes de que hubiera dinero para comprar más?**

- Sí, la mayoría del tiempo.  No
- Sí, pero no siempre.

**¿Recibe alguna otra asistencia del gobierno?**

- Asistencia de cuidado infantil
- Crédito tributario por ingreso del trabajo (EITC) u otros créditos tributarios reembolsables
- Asistencia General
- Programa de Asistencia Energética para Hogares con Ingresos Bajos (LIHEAP)
- Viviendas Publicas
- Seguro de Invalidez de la Seguridad Social (SSDI) o pagos por invalidez
- Desempleo
- Mujeres, Infantes y Niños (WIC)
- Programa de seguro médico infantil (CHIP)
- Distribución de alimentos en reservas indias
- Headstart (Inicio)
- Seguro de enfermedad
- Seguridad Social
- Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)
- Asistencia para veteranos
- Compensación laboral
- Programa de comida para adultos mayores (CSFP)
- Comidas escolares gratuitas o a precio reducido
- Subsidios de vivienda
- Seguro médico del estado
- Asistencia a refugiados
- TANF o asistencia monetario
- Climatización
- No

**¿Algún miembro de tu hogar, incluido tú mismo, tiene alguna discapacidad que le impida aceptar cualquier tipo de trabajo durante los próximos seis meses?**

- Si  No  No se/ Prefiero no contestar

**¿Cuál es tu situación vital hoy?**

- Tengo un lugar estable donde vivir
- Hoy tengo un lugar donde vivir, pero me preocupa perderlo en el futuro.
- No tengo un lugar estable donde vivir

**¿A cuánto ascenderían aproximadamente los ingresos de su hogar en un mes normal?**

- Zero  Menos de 500  \$500-\$999
- \$1,000-\$1,999  \$2,000-\$2,999  \$3,000-\$3,999
- 4,000 or more  No se/ Prefiero no contestar

**¿Algún miembro de su hogar, incluido usted mismo, ha servido o sirve en las Fuerzas Armadas de EE.UU.? Incluidas las Reservas o la Guardia Nacional.**

- Sí, ahora en servicio activo  No, nunca
- Sí, en servicio activo en el pasado, pero no ahora.  No se/ Prefiero no contestar
- No, nunca he estado en servicio activo, solo para el entrenamiento basico.

**¿Alguna restricción dietética? (Marque todo lo que corresponda)**

- Bajo en azúcar/bajo en carbohidratos
- Dieta para enfermos renales
- Vegano
- Equipo de cocina limitado/ inexistente
- Halal
- Ningun Restriccion
- Bajo en sodio/ Bajo en grasas saturadas
- Sin gluten
- Vegetariano
- Alérgeno alimentario
- Dieta Kosher
- Dieta blanda/ Preocupaciones dentales

**¿Algún miembro de su familia ha sido informado por un médico u otro profesional sanitario de que padece alguna de las siguientes enfermedades? (Seleccione todas las que procedan)**

- Diabetes / diabetes de azúcar / prediabetes
- Presión arterial alta/hipertensión
- Enfermedad cardíaca/accidente cerebrovascular
- Ninguna/ Prefiero no contestar

**En el último mes, ¿usted o alguien de su hogar trabajó por pago a tiempo completo (30 horas o más)?**

- Si  No  No Se/ Prefiero no contestar