



# REGISTRACIÓN DEL CLIENTE 2024-2025

Por favor escriba claramente:  
(Toda la información es confidencial)

(Office Only)	
Food Pantry ID # _____	Declined TEFAP <input type="checkbox"/>
EmpowOR Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Renta: Si  No

Dirección Calle \_\_\_\_\_

Dueño de casa: Si  No

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Tamaño de familia: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Idioma hablado en la casa: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

**¿Está interesada/o en hablar con un consejero de Womanspace sobre violencia doméstica?** Si  No

País de origen: \_\_\_\_\_

Miembros de familia: incluyendo a usted

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento y Edad	Número de Seguro Social	Estado Civil	Deshabilitado(a) o Veterano	Tipo de ingreso	Monto de Ingreso y Frecuencia	Etnicidad	Grado Completado
	<small>Mes Dia Año</small> ____ / ____ / ____ Edad: _____	____ - ____ - ____	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Deshabilitado <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSD <input type="checkbox"/> Retirado/a <input type="checkbox"/> Desempleado/a	\$ _____ <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> bimensual <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual		
	<small>Mes Dia Año</small> ____ / ____ / ____ Edad: _____	____ - ____ - ____	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Deshabilitado <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSD <input type="checkbox"/> Retirado/a <input type="checkbox"/> Desempleado/a	\$ _____ <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> bimensual <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual		
	<small>Mes Dia Año</small> ____ / ____ / ____ Edad: _____	____ - ____ - ____	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Deshabilitado <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSD <input type="checkbox"/> Retirado/a <input type="checkbox"/> Desempleado/a	\$ _____ <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> bimensual <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual		
	<small>Mes Dia Año</small> ____ / ____ / ____ Edad: _____	____ - ____ - ____	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Deshabilitado <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSD <input type="checkbox"/> Retirado/a <input type="checkbox"/> Desempleado/a	\$ _____ <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> bimensual <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual		
	<small>Mes Dia Año</small> ____ / ____ / ____ Edad: _____	____ - ____ - ____	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Deshabilitado <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSD <input type="checkbox"/> Retirado/a <input type="checkbox"/> Desempleado/a	\$ _____ <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> bimensual <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual		
	<small>Mes Dia Año</small> ____ / ____ / ____ Edad: _____	____ - ____ - ____	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Deshabilitado <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSD <input type="checkbox"/> Retirado/a <input type="checkbox"/> Desempleado/a	\$ _____ <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> bimensual <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual		
	<small>Mes Dia Año</small> ____ / ____ / ____ Edad: _____	____ - ____ - ____	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Deshabilitado <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSD <input type="checkbox"/> Retirado/a <input type="checkbox"/> Desempleado/a	\$ _____ <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> bimensual <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual		

Bajo penalidad de juramento, yo certifico, a lo mejor de mi conocimiento, que la declaración anterior es verdadera.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Firma del asesor del caso

\_\_\_\_\_  
Fecha

## RISE OFFICE USE ONLY

Annual Household Income: \_\_\_\_\_  125%  185%  200%  Over

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> All-in-One Outcomes - GDocs        | <input type="checkbox"/> HGP Database - GDocs              | <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> NJFamily Care <input type="checkbox"/> School Lunch |
| <input type="checkbox"/> Database - GDocs                   | <input type="checkbox"/> TBP Database - GDocs              | <input type="checkbox"/> Unemployment <input type="checkbox"/> Emergency Assistance                        |
| <input type="checkbox"/> FP Distribution - GDocs            | <input type="checkbox"/> Hot Meal - GDocs                  | <input type="checkbox"/> Other/Reason for visit: _____   |
| <input type="checkbox"/> EmpowOR                            | <input type="checkbox"/> Manila Folder - Food Pantry TEFAP | _____  |
| <input type="checkbox"/> Internal Case Note - In house file | <input type="checkbox"/> Updated (Date): _____             | _____  |
| <input type="checkbox"/> In Remind                          | <input type="checkbox"/> Time: _____                       | _____  |



Formerly Community Action Service Center  
Leslie Koppel, Executive Director

**CLIENT INFORMATION RELEASE/  
AUTORIZACION DE INFORMACION DEL CLIENTE**

I/Yo, \_\_\_\_\_, hereby give permission to/autorizo a \_\_\_\_\_ of RISE – A COMMUNITY SERVICE PARTNERSHIP to release the following confidential information/para que revele la siguiente información confidencial:

*Data necessary to determine eligibility for service (may include financial information)*

This information may be released to New Jersey referral agencies including, but not limited to, Mercer County Board of Social Services, Catholic Charities, City of Trenton FEMA Program, Crisis Ministries, Home Front, St. Anthony of Padua, Salvation Army, State of New Jersey Homeless Prevention Program, Better Beginnings Day Care, Jewish Family Services, and Womanspace & AAMH, Child Protection & Permanency, Mercer Street Friends, USDA.

The purpose or need for such disclosure at any time is to determine and coordinate eligibility for services and document statistics, except to the extent that action has been taken in reliance to other agencies and otherwise will remain in effect for the time your file is active.

This information has been disclosed to you from the records whose confidentiality is protected by federal laws. Federal regulation prohibits you from making any further disclosure of it without the specific written authorization to which it pertains, or as otherwise permitted by such regulations. Furthermore, you agree to have photographs and video of your family taken for use in future RISE publications.

*Datos necesarios para determinar la elegibilidad del servicio, (lo que también podría incluir información financiera)*

Esta información puede ser revelada a las siguientes agencias de referencias en New Jersey, pero tampoco se les será limitada. Las agencias siguientes son: Mercer County Board of Social Services, Catholic Charities, City of Trenton FEMA Program, Crisis Ministries, Home Front, St. Anthony of Padua, Salvation Army, State of New Jersey Homeless Prevention Program, Better Beginnings Day Care, Jewish Children and Family Services, Womanspace & AAMH, Child Protection & Permanency, Mercer Street Friends, USDA.

El propósito o la necesidad para revelar cierta información es para coordinar la elegibilidad de los servicios y documentos estadísticos. Esta información puede ser dada dependiendo de la agencia que la solicite. La necesidad de revelar dicha información seguirá estando vigente excepto cuando ya se haya tomado una acción en colaboración con otras agencias de lo contrario esta información se mantendrá en efecto el tiempo que su expediente este activo.

Esta información se le ha sido revelada a Usted, de documentos que están protegidos por las leyes federales. Regulaciones federales nos prohíben hacer cualquier revelación de la misma, sin antes obtener un consentimiento escrito por la persona a quien tal información pertenece, siempre y cuando se le sea permitido por ciertas regulaciones. Está de acuerdo de que fotografías y videos tomados de usted y su familia podrán ser usados para futuras publicaciones de RISE.

\_\_\_\_\_  
Signature of client or person authorized / Firma del cliente o persona autorizada

\_\_\_\_\_  
Date / Fecha

\_\_\_\_\_  
Signature of witness / Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Date / Fecha



**FORMA DE CALIFICACION PARA  
LA DESPENSA DE COMIDA 2024-2025**

Favor de escribir en letra de molde toda la información:  
(Toda información es confidencial)

(Office Only)	
Food Pantry ID #	Declined TEFAP <input type="checkbox"/>
EmpowOR Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Dirección Calle \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo (si es diferente de la dirección anterior) \_\_\_\_\_

<b>Tamaño de la familia</b>
Numero de adultos: _____
Numero de niños: (que viven en la casa 0-17 años) _____

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Entiendo que puedo acceder a los servicios de la despensa de comida de Rise un día a la semana, ya sea lunes, martes o miércoles según el horario de la despensa.

Firma del cliente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**For Rise Office Only:**

Rise Food Pantry Identification Number

125%     185%     200%     OVER

**Interested in speaking with a case manager about:**

CAK/NJFamily Care Application     Yes     No  
Free and reduced Lunch Application     Yes     No  
CSFP Senior Application     Yes     No

EverSolar Community Project:     Yes     No  
NJCare:     Yes     No  
Other: \_\_\_\_\_

**Client receives benefits from the following programs:** (Check all that apply - Document provided)

**TEFAP Code:** \_\_\_\_\_

- |  |                              |                             |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| (TEFAP 1) - TANF (Temporary Assistance to Needy Families)    | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |
| (TEFAP 2) - SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program) | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |
| (TEFAP 3) - SSI (Supplemental Security Income)               | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |
| (TEFAP 4) - WIC (Women, Infants and Children Program)        | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |
| (TEFAP 5) - Medicaid   | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |
| (TEFAP 6) - Low Income                                       | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |
| (TEFAP 7) - Disaster   | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |

\_\_\_\_\_ Rise Case Manager Signature      \_\_\_\_\_ Date

# FORMULARIO DE REGISTRO DE ALIMENTOS DE EMERGENCIA

## Información de admision

Los clientes deben ser residentes del estado de Nueva Jersey

Fecha: \_\_\_\_\_ LDA \_\_\_\_\_ EFO \_\_\_\_\_

Nombre (letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad y código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de adultos en el hogar: \_\_\_\_\_ Número de niños menores de 18 años en el hogar: \_\_\_\_\_

### RAZÓN QUE CALIFICA (MARQUE CON UN CÍRCULO)

1. TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas – Programa de Servicios Sociales)
2. SNAP/Estampillas de comida - Se acabaron/no hay suficiente Perdido Robado No recibido
3. SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario) – NO SEGURO SOCIAL
4. WIC (mujeres, bebés y niños)
5. MEDICAID
6. BAJOS INGRESOS (185% de la pobreza)- AUTO DECLARACIÓN
7. DESASTRE (Otro: puede ser divorcio, violencia doméstica, gastos inusuales, pérdida de empleo, etc.)

Por favor explique: \_\_\_\_\_

Estoy aceptando una donación caritativa de alimentos de la Despensa de Alimentos de Emergencia. Por la presente, renuncio a Food Pantry de toda responsabilidad de cualquier naturaleza y acepto los productos alimenticios "tal cual" y bajo mi propio riesgo.

“Certifico que mi ingreso familiar bruto anual total es igual o inferior al 185 % del nivel de pobreza, O que mi hogar participa en los programas que he marcado en el Formulario de registro de alimentos de emergencia. También notificaré a la despensa, si hay cambios en mis ingresos o requisitos que pueden hacer que deje de ser elegible para los alimentos TEFAP”.

FIRMA DEL CLIENTE \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Nombre del entrevistador: \_\_\_\_\_

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o represalia por actividad anterior de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el Centro TARGET del USDA al (202) 720- 2600 (voz y TTY) o comuníquese con USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el Demandante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: [https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR %20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf), desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria del denunciante con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA antes de:

1. correo:

Departamento de Agricultura de EE. UU.  
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles  
1400 Avenida Independencia, SW  
Washington, DC 20250-9410; o

2. fax:

(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

3. correo electrónico:

[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

9/8/2022

# THE EMERGENCY FOOD ASSISTANCE PROGRAM (TEFAP)

## Proxy Form / Formulario De Poder

I give my permission for the undersigned to sign for receipt of my TEFAP commodities, due to my inability to pick up my TEFAP commodities.

Doy permiso para que la persona abajo firmante, firme la aceptacion de mis productos debido a mi incapacidad para recogerlos

Client / Cliente

Proxy / Apoderado

\_\_\_\_\_  
Print name of client  
Nombre impreso del cliente

\_\_\_\_\_  
Print name of Proxy  
Nombre impreso del destinatario

\_\_\_\_\_  
Signature of Client  
Firma del cliente

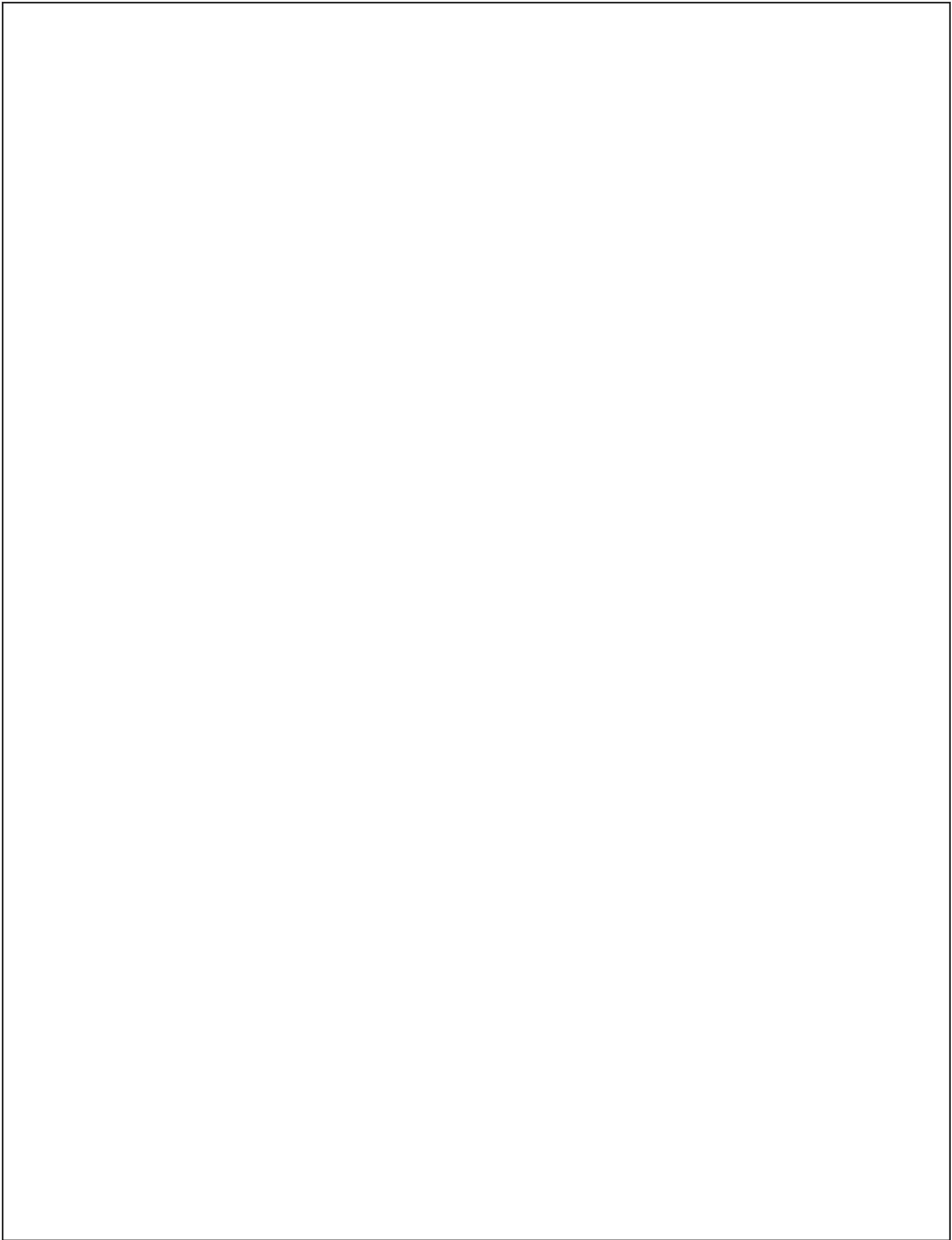
\_\_\_\_\_  
Signature of Recipient  
Firma del destinatario

\_\_\_\_\_  
Date / Fecha

\_\_\_\_\_  
Relationship / Relacion

\_\_\_\_\_  
Account #

\_\_\_\_\_  
Pantry





Mercer County, New Jersey  
Community Services Block Grant (CSBG) Program  
Encuesta de Satisfacción del Cliente



Por favor tome un momento para completar esta encuesta de evaluación. Sus respuestas van a beneficiar el programa de CSBG y van a ayudar a las agencias analizar su productividad y localizar áreas que necesitan mejorar. Si quiere agregar más comentarios, por favor use el espacio al final de esta encuesta. Todas las respuestas serán anónimas. Gracias por su tiempo en llenar esta encuesta.

1. ¿Qué tan satisfecho está usted con el proceso de inscripción de esta agencia?

<input type="checkbox"/>	Muy Satisfecho	<input type="checkbox"/>	No Satisfecho
<input type="checkbox"/>	Satisfecho	<input type="checkbox"/>	Neutral/Indiferente

2. En general, ¿qué tan satisfecho está usted con los servicios que están disponible a través de esta agencia?

<input type="checkbox"/>	Muy Satisfecho	<input type="checkbox"/>	No Satisfecho
<input type="checkbox"/>	Satisfecho	<input type="checkbox"/>	Neutral/Indiferente

3. En general, ¿qué tan satisfecho está usted con los servicios de trabajadores de casos, servicios de información, y otros servicios adicionales que provee esta agencia?

<input type="checkbox"/>	Muy Satisfecho	<input type="checkbox"/>	No Satisfecho
<input type="checkbox"/>	Satisfecho	<input type="checkbox"/>	Neutral/Indiferente

4. La agencia y los trabajadores son organizados y muy informados sobre sus programas y servicios. Deje la agencia sintiéndome informado sobre los servicios discutidos y estoy seguro que estoy recibiendo los servicios adecuados.

<input type="checkbox"/>	Muy de Acuerdo	<input type="checkbox"/>	No Estoy de Acuerdo
<input type="checkbox"/>	De Acuerdo	<input type="checkbox"/>	Neutral/Indiferente

5. Del 1 al 10 (1 siendo menos probable y 10 siendo muy probable) Que tan probable es que usted recomiende esta agencia a un familiar y/o un amigo que necesite los servicios de esta agencia? Por favor circule su respuesta.

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

6. Como se enteró de esta agencia? **Respuesta:** \_\_\_\_\_

**COMENTARIOS ADICIONALES:** \_\_\_\_\_