



Food Assistance Referral Form

Please return this form to your preschool program.

If the answer to any of the questions below is 'yes', a Food Connection Specialist will call to connect you to a convenient food program.
 If you need food today, call Food Connection 1-800-984-3663, Mon-Fri 8:00am to 5:00pm.

Screening:

Within the past 12 months, have you worried about whether food would run out before you got money to buy more? Yes No

Within the past 12 months, did the food you bought not last and you didn't have money to get more? Yes No

Do you need information about available free food resources near you? Yes No

Household Information

First & Last Name	
Preschool Child's Name	
Phone	
Best Time to Call	
Language Preferred	

Referring Preschool: _____ Date: _____

Preschool Contact Name: _____ Email: _____ Phone: _____

Preschool Programs: Submit scanned copies of forms by email to foodconnection@shfb.org or by fax to (408) 266-9042
 OR call Anna Dyer (650) 610-0800 ext. 424 to have the forms picked up from your site

FOR OFFICE USE ONLY:			
Referral History:	Outcome: FH BB PM CF	Initials: _____	
Is HH interested in CalFresh?	Yes	No	
Is any other HH member already on CalFresh?	Yes	No	
Is HH eligible for CalFresh?	Yes	No	
Was HH scheduled for appointment in the field?	Yes	No	Site: _____
Was application taken over the phone?	Yes	No	



Formulario de Referencia para Asistencia de Comida

Regrese este formulario a su escuela.

Si su respuesta es 'Sí' a cualquiera de las preguntas de abajo, un especialista de Food Connection le llamará para inscribirle a los programas de comida convenientes. Si necesita comida hoy, llame a Food Connection 1-800-984-3663, Lunes - Viernes 8:00am to 5:00pm.

Preguntas de Selección:

- ¿En los últimos 12 meses, se ha preocupado si la comida se le acabará antes de tener dinero para comprar más? Sí No
- ¿En los últimos 12 meses, la comida que compró no fue suficiente y no tuvo dinero para comprar más? Sí No
- ¿Necesita información acerca de los recursos alimenticios disponibles y gratis cerca de usted? Sí No

Información del Hogar

Primer nombre & apellido	
Nombre del niño/niña en la escuela	
Teléfono	
Mejor hora/día para llamar	
Idioma preferido	

Escuela que hace la referencia: _____ Fecha: _____

Contacto de la escuela: _____ Email: _____ Tel: _____

A las escuelas: Someter este formulario por email/scan a foodconnection@shfb.org o por fax a (408) 266-9042 o llamar a Anna Dyer (650) 610-0800 ext. 424 para que alguien recoja el formulario. Ella habla español.

ÚNICAMENTE PARA USO DE OFICINA			
Historial de Referencia:	Resultado: FH BB PM CF	Iniciales: _____	
¿Está el Hogar interesado en CalFresh?	Sí	No	
¿Algún miembro del hogar recibe CalFresh?	Sí	No	
¿Es el hogar elegible para CalFresh?	Sí	No	
¿Recibió el hogar una cita hecha en el campo?	Sí	No	Lugar: _____
¿Se tomó la aplicación por teléfono?	Sí	No	