**[](https://www.foodbankccs.org/)** & 

¡Obtenga Ayuda con Comida!

**Nos gustaría ayudarle a obtener más alimentos, incluyendo frutas y verduras, para mejorar su salud!**

Por favor lea las siguientes dos frases e indique si son ciertas frecuentemente, a veces son ciertas, o nunca son ciertas (indique A, B o C).

1. Durante los últimos 3 meses estábamos preocupados que la comida se nos acabaría antes de que tuviéramos suficiente dinero para comprar más.
   1. Frecuentemente cierto
   2. A veces cierto
   3. Nunca cierto
2. Durante los últimos 3 meses la comida que compramos no duro mucho y no teníamos suficiente dinero para comprar más.
   1. Frecuentemente cierto
   2. A veces cierto
   3. Nunca cierto

Si sus respuestas incluyen **A o B** en cualquiera de las dos frases, le invitamos a que llene el siguiente formulario de referencia de asistencia de comida.

Formulario de Referencia de Asistencia para Comida

Un trabajador del Banco de Comida le gustaría ayudarle a conseguir más alimentos, a través del Programa CalFresh y los demás programas de comida gratuitos en su vecindario. ¿Puede un trabajador del Banco de Comida ponerse en contacto con usted? Marque uno:

Sí, doy permiso al Banco de Comida de contactarme (por favor, llene la siguiente información)

No, no doy permiso al Banco de Comida de contactarme (no es necesario llenar la siguiente información)

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: | Número de Teléfono #: |
| Ciudad Donde Vive: | Idioma Preferido: |
| Ciudad de la Clínica: | Fecha de Hoy: |

\* Por favor espere una llamada dentro de tres a cinco días.

**Clinic Staff:** Please email or fax the completed referral to the Food Bank of Contra Costa and Solano.

Email: [cwagner@foodbankccs.org](mailto:cwagner@foodbankccs.org) | Fax: (925) 674-8090