



Client Intake Form

___Mr___Mrs___Miss___Ms_

Full Name: _____

Address: _____

City: _____ Zip: _____

Phone: _____ Email: _____

Newsletter: ___Yes___No

Gender: ___M___F

Ethnicity: _____

How many people are in your household? _____

How many people will be eating SoupMeals? _____

DOB: _____

Senior Citizen: ___Yes___No (Born 1955 or earlier 65+)

Annual Income: \$_____

Emergency Contact Name: _____ Phone: _____

Email: _____ Type of Contact: _____

Referred By: Agency _____

Individual: _____

Veteran: ___Yes___No Where did you serve? _____

Cancer Patient: ___Yes___No

Do you have diabetes? ___Yes___No

If yes,

___Type 1

___Type 2

___Pre-diabetes

Do you take medication for diabetes? _____

Do you know your glucose level? ___Yes___No

If yes, please provide _____

Kitchen Address: 608 Anacapa Street, Santa Barbara CA, 93101 (Entrance on Cota St.)

Mailing Address: 315 Meigs Road Ste A369, Santa Barbara CA, 93109

Contact@organicsoupkitchen.org | 805.364.2790



Have you seen a change in your glucose levels since starting with Organic Soup Kitchen? Yes or No

If Yes, please explain _____

Do you have high blood pressure _____ Yes ___ No

Do you take blood pressure medication? _____ Yes ___ No

Type of Cancer: _____

Other Illness: _____

Doctor Name: _____

Dietary Restrictions: _____ Yes ___ No • Explain: _____

Chemo: _____ Yes ___ No ___ Past ___ Currently Radiation: _____ Yes ___ No

Other Treatment: _____

Disease or Condition: _____

Appetite Level (Scale of 1-5): _____

Daily Calorie Intake: (if Known) _____

Doctor Recommended Daily Caloric Intake: (if Known)

Energy Level (Scale of 1-5):

Ability to Swallow (Dysphagia) Level:

Food Allergies/Do Not Like:

Additional Notes:

Special Delivery Instructions:

Pets: _____ Yes ___ No Friendly: _____ Yes ___ No If yes, how many? Names:

Security Gate: _____ Yes ___ No Security Code:

Containers of Soup: Frequency: _____ Weekly ___ Other When:

Ability to Pay:

Not Able to Pay Now, but ask me again (when):

_____ Weekly How Much \$

_____ Every Other Week How Much \$

_____ Monthly How Much \$

_____ Cash

_____ Check

_____ Credit/Debit Card #: Mo/Yr: Code: _____ Zip:

Kitchen Address: 608 Anacapa Street, Santa Barbara CA, 93101 (Entrance on Cota St.)

Mailing Address: 315 Meigs Road Ste A369, Santa Barbara CA, 93109

Contact@organicsoupkitchen.org | 805.364.2790



Organic Soup Kitchen
Forma de admisión de clientes

____ Sr ____ Sra ____ Srta ____

El nombre completo: _____

El domicilio: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Boletín informativo: __ Si __ No El sexo: __ H __ M

La etnicidad: _____

¿Cuántas personas hay en su casa? _____

¿Cuántas personas comerán SoupMeals? _____

La fecha de nacimiento: _____

Persona mayor: ____ Si ____ No (Naciste 1955 o antes 65+)

Ingreso Anual: \$ _____

Nombre de contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ Tipo de contacto: _____

Referido Por: la Agencia _____

Individuo/a: _____

Veterano/a: ____ Si ____ No Donde serviste? Paciente de cáncer: _____ Si ____ No

Tipo de cáncer: _____

Otras enfermedades: _____

El nombre de doctor: _____

Restricción de dieta: ____ Si ____ No Explica:

La quimio: ____ Si ____ No ____ Pasado ____ Actualmente Radiación: ____ Si ____ No

Otratratamiento:

Enfermedad o Afección:

Nivel de Apetito (Nivel o 1-5):

Ingesta de calorías cada día: (si sabes)

Que recomienda el médico para la ingesta de calorías cada día: (si sabes) Nivel de energía (Nivel o 1-5):

Dirección De Cocina: 608 Anacapa Street, Santa Barbara CA, 93101 (Entrada en Cota St)

Dirección De Correo: 315 Meigs Road Ste A369, Santa Barbara CA, 93109

Contact@organicsoupkitchen.org | 805.364.2790



Nivel de Capacidad de tragar (Dysphagia):

Alergias alimentarias/No le gusta:

Notas adicionales:

Instrucciones especiales de entra:

Mascotas: ____ Si ____ No Amable: ____ Si ____ No

Si tienes, ¿cuántos? Nombres: _____

Puerta de seguridad: ____ Si ____ No

Código de seguridad: _____

Recipientes de sopa: Frecuencia: ____ Semanal ____ Otra Cuando:

Capacidad de pagar:

No puedo pagar ahora, pero preguntarme en (cuando):

____ Semanal Cuánto Dinero \$

____ Semanas Alternas Cuánto Dinero \$

____ Por mes Cuánto Dinero \$

____ Dinero en efectivo

____ Cheque

____ Tarjeta de crédito/débito #: Mes/Año: Códiga: ____ Código postal:

Dirección De Cocina: 608 Anacapa Street, Santa Barbara CA, 93101 (Entrada en Cota St)

Dirección De Correo: 315 Meigs Road Ste A369, Santa Barbara CA, 93109

Contact@organicsoupkitchen.org | 805.364.2790