



Social Services Office Hours:
Mon – Thurs 9 AM – 5 PM
Closed for lunch 12 PM – 1 PM

SOCIAL SERVICES CLIENT ENROLLMENT

If you live in the following service area 77449, 77494, 77450, 77493, 77441, 77476, 77485, 77464, 77406, 77407, 77084, 77423, 77094, you are eligible to become a KCM client.

Please complete the attached forms and submit the required documentation to the KCM Social Services office at 3506 Porter Road, Katy, TX 77493, from Monday to Thursday, between 9:00 a.m. and 5:00 p.m. Please include the following documents:

Documentation for Eligibility

- ☐ Completed TEFAP Application – if applicable
- ☐ Identification for all Household members – *Photo identification for all household members 18 years of age or older; birth certificates for all minor children living in household.*
- ☐ Verification of Address – *Lease agreement, utility bill, etc*
- ☐ Verification of Income – *Recent paystub, bank statement showing direct deposit, etc*
- ☐ Verification of Unemployment – *If anyone in the household is eighteen (18) years old or older and is not in school and not employed, proof of unemployment is needed. If unemployed, must show proof of being registered with Gulf Coast Careers/Texas Workforce Commission or have a disability. Proof of disability is needed from a doctor.*
- ☐ Verification of Benefits – *Award letter if you receive the following: Social Security, SSI, TANF, VA benefits, SNAP, Medicaid, National School Lunch Program (NSLP)*
- ☐ Verification of Situation – *Employment termination letter, eviction/vacate notice; disconnection/cutoff notice, etc*

Please ensure all documentation is clear and legible.

A KCM Case Manager will carefully assess your application and reach out to you either through text message or phone call should there be any questions and/or updates regarding your enrollment status.



Horario de Servicios Sociales:
Lunes a Jueves 9 AM – 5 PM
Cerrado 12 PM a 1 PM

INSCRIPCION DE CLIENTES SERVICIOS SOCIALES

Si usted vive en las siguientes áreas de servicio 77449, 77494, 77450, 77493, 77441, 77476, 77485, 77464, 77406, 77407, 77084, 77423, 77094, usted es elegible para convertirse en un cliente de KCM.

Por favor llene las formas adjuntas y envíe la documentación requerida a la oficina de Servicios Sociales de KCM en 3506 Porter Road, Katy, TX 77493, de lunes a jueves, entre las 9:00 a. m. y las 5:00 p. m. Por favor incluya los siguientes documentos:

Documentación para elegibilidad

- ☐ Aplicación de TEFAP completada- si aplica
- ☐ Identificación para todos los miembros del hogar - *Identificación con foto para todos los miembros del hogar mayores de 18 años; Certificados de nacimiento para todos los niños menores que viven en el hogar.*
- ☐ Verificación de la dirección - *Contrato de alquiler, factura de servicios, etc*
- ☐ Verificación de ingresos - *Talones de cheque recientes, estado de cuenta que muestra depósito directo, etc*
- ☐ Verificación de Desempleo - *Si alguien en el hogar tiene dieciocho (18) años o más y no está en la escuela ni está empleado, se necesita prueba de desempleo. Si está desempleado, debe mostrar prueba de estar registrado en Gulf Coast Careers/Texas Workforce Commission o tener una discapacidad. Se necesita prueba de discapacidad de un médico.*
- ☐ Verificación de beneficios - *Carta de beneficios si recibe lo siguiente: Seguro Social, SSI, TANF, beneficios de VA, SNAP, Medicaid, National School Lunch Program (NSLP)*
- ☐ Verificación de la situación - *Carta de terminación del empleo, aviso de desalojo / desocupación; aviso de desconexión/corte, etc*

Asegúrese de que toda la documentación sea clara y legible.

Al finalizar la revisión, un administrador de casos de KCM se comunicará con usted por mensaje de texto o llamada telefónica con cualquier pregunta y / o estatus de su inscripción.

Written Notice of Beneficiary Rights

Name of Organization: Katy Christian Ministries

Name of Applicable Program:

- ☒ The Emergency Food Assistance Program (TEFAP)
- ☐ Commodity Supplemental Food Program (CSFP)

Because the Program(s) indicated above are supported in whole or in part by financial assistance from the Federal Government, we are required to let you know that:

- We may not discriminate against you on the basis of religion or religious belief; a refusal to hold a religious belief; or a refusal to attend or participate in a religious practice;
- We may not require you to attend or participate in any explicitly religious activities (including activities that involve overt religious content such as worship, religious instruction, or proselytization) that are offered by our organization, and any participation by you in such activities must be purely voluntary;
- We must separate in time or location any privately funded explicitly religious activities (including activities that involve overt religious content such as worship, religious instruction, or proselytization) from activities supported with direct Federal financial assistance; and
- You may report violations of these protections, including denials of services or benefits, by an organization, by contacting or filing a written complaint with the

U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights Executive Director
Center for Civil Rights Enforcement
1400 Independence Avenue SW
Washington, DC 20250-9410, or by email to program.intake@usda.gov

- If you would like to seek information about whether there are any other federally funded organizations that provide these kinds of services in your area, please contact the USDA Hunger Hotline:

By Phone: 1-866-3-HUNGRY or 1-877-8-HAMBRE to speak with a representative from 7:00 AM – 10:00 PM Eastern Time.

By Text: 914-342-7744 with a question that may contain a keyword such as “food,” “summer,” “meals,” etc. to receive an automated response to resources located near an address and/or zip code.

NOTE: You may also contact TDA at 877-TEX-MEAL (877-839-6325) or SquareMeals@TexasAgriculture.gov.

This written notice must be given to you before you enroll in the program or receive services from the program, unless the nature of the service provided or exigent circumstances make it impracticable to provide such notice before we provide the actual service. In such an instance, this notice must be given to you at the earliest available opportunity.

This institution is an equal opportunity provider.

July 2024

Aviso escrito de los derechos de los beneficiarios

Nombre de la organización: Katy Christian Ministries

Nombre del programa aplicable:

- ☒ Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia (TEFAP)
- ☐ Programa de Productos Alimenticios Complementarios (CSFP)

Debido a que el (los) programa(s) señalado(s) con anterioridad cuenta(n) con asistencia financiera parcial o total del Gobierno Federal, estamos obligados a informarle lo siguiente:

- No tenemos permitido discriminarle en función de su religión o creencias religiosas, por negarse a tener una creencia religiosa o bien por negarse a asistir o participar en una práctica religiosa;
- No tenemos permitido exigirle que asista o participe en ninguna actividad explícitamente religiosa que ofrezca nuestra organización (incluyendo actividades que involucren contenido religioso evidente, tales como veneración, enseñanza de carácter religioso o proselitismo); cualquier participación de su parte en dichas actividades debe ser totalmente voluntaria;
- Debemos diferenciar en términos de tiempo o lugar cualquier actividad explícitamente religiosa financiada con fondos privados (incluyendo actividades que involucren contenido religioso evidente, tales como veneración, enseñanza de carácter religioso o proselitismo) de actividades que cuenten con asistencia financiera federal directa; y
- Usted puede denunciar infracciones a estas protecciones por parte de una organización (incluyendo denegaciones de servicios o beneficios) comunicándose o presentando una queja por escrito a la siguiente dirección:

U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights Executive Director
Center for Civil Rights Enforcement
1400 Independence Avenue SW
Washington, DC 20250–9410, o bien por correo electrónico escribiendo a
program.intake@usda.gov

- Si desea buscar información sobre si existen otras organizaciones financiadas con fondos federales que presten este tipo de servicios en su área, comuníquese con la línea directa contra el hambre del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) así:

Por teléfono (1-866-3- HUNGRY o 1-877-8-HAMBRE) para hablar con un representante, de 7:00 a. m. a 10:00 p. m. (hora del este).

Por mensaje de texto (914-342-7744) con una pregunta que puede incluir una palabra clave (tal como “alimento”, “verano”, “comidas”, etc.) para recibir una respuesta automática respecto a recursos situados cerca de una dirección y/o código postal.

NOTA: también puede comunicarse con el Departamento de Agricultura de Texas (TDA) llamando al 877-TEX-MEAL (877-839-6325) o escribiendo a SquareMeals@TexasAgriculture.gov.

Se le debe entregar este aviso escrito antes de que se inscriba en el programa o reciba servicios del programa, a menos que la naturaleza del servicio prestado o circunstancias apremiantes hagan que sea impracticable facilitar dicho aviso antes de que prestemos el servicio real. En tal caso, se le debe entregar este aviso lo antes posible.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

**For Office Only (Appointment)**

Date:

Time:

Apricot ID:

Enrollment Form / Formulario de inscripción

Name of Head of Household / Nombre Cabeza del hogar:	Social Security # / Número de seguro social	Date of Birth / Fecha de nacimiento:

Address /

Dirección:

City

State

Zip Code

Email / Correo electrónico:

Telephone / Telefono:

Is this your first time at KCM?

¿Es su primera vez en KCM?

Yes / No

Are you a U.S.A. Veteran or Surviving Spouse: YES / NO

Circle one: Rent / Mortgage

How many bedrooms are in your home?

Circule uno: ¿Alquilas? / ¿Hipoteca?

Cuántas recamaras hay en su casa?

Household Members / Miembros del hogar			
Name as shown on government ID / Nombre como se muestra en la identificación gubernamental	Social Security # / Número de seguro social	Date of Birth / Fecha de nacimiento	Relationship to HOH / Relación al hogar

Are you currently employed? YES / NO

¿Está trabajando? SI / NO

What type of assistance are you looking for?

¿Qué tipo de asistencia estás buscando?

Briefly state why you are seeking assistance/Indique brevemente por qué busca ayuda.

Are you intersted in our FREE Financial Coaching Program? YES / NO

¿Está interesado en nuestro programa GRATUITO de asesoramiento financiero? SI / NO

If professional counseling was available for free, would you be interested? YES / NO

Si la consejería profesional estuviera disponible de forma gratuita, ¿estaría interesado? SI / NO

Language Preference for professional counseling?

¿Preferencia de idioma para la consejería profesional?

Household Application for USDA Foods / Solicitud doméstica de los alimentos del USDA

The Emergency Food Assistance Program (TEFAP) / El Programa de Asistencia Alimenticia de Emergencia (TEFAP)

Sites may request but must not require proof of information. / Los sitios pueden solicitar pero no deben requerir prueba de información.

Section 1 — Household Information

Sección 1 — Información de hogar

Name of household member/Nombre del miembro de la unidad familiar	Number of household members/ Número de miembros del hogar
Address/Dirección	
<i>Zip code is required at minimum. Full address is not required for eligibility./Se requiere código postal como mínimo. No se requiere la dirección completa para la elegibilidad.</i>	
Name of proxy/Nombre de apoderado	

Section 2 — Categorical Eligibility

Sección 2 — Elegibilidad Categórica

☐ Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)/Programa de ayuda suplemental de la nutrición ☐ Temporary Assistance for Needy Families (TANF)/Asistencia temporal para familias necesitadas ☐ Supplemental Security Income (SSI)/Seguridad de ingreso suplementario ☐ National School Lunch Program (NSLP) (free or reduced-price meals)/Programa nacional de almuerzos escolares (comidas gratis o a precio reducido) ☐ Medicaid/Medicaid

Section 3 — Income Eligibility

Sección 3 — Elegibilidad de Ingresos

Total gross income \$ _____	Ingreso bruto total \$ _____
_____ per year _____ per month _____ per week	_____ por año _____ por mes _____ por semana

Section 4 — Household Crisis Eligibility

Sección 4 — Elegibilidad de Crisis del Hogar

If household is eligible for household crisis food needs, document reason for crisis here./Si el hogar es elegible para las necesidades alimentarias del hogar en caso de crisis, documenta el motivo de la crisis aquí.
--

Section 5 — Certification

Sección 5 — Certificación

I certify that: (1) I am a member of the household living at the address provided in Section 1 and that, on behalf of the household, I apply for USDA Foods that are distributed through The Emergency Food Assistance Program; (2) all information provided to the agency determining my household's eligibility is, to the best of my knowledge and belief, true and correct; and (3) if applicable, the information provided by the household's proxy is, to the best of my knowledge and belief, true and correct.	Certifico que: (1) soy miembro del hogar que vive en la dirección que se da en la Sección 1, y que solicito en nombre de la unidad familiar los doméstica de alimentos USDA que se distribuidos por el Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia; (2) toda la información que le he dado al departamento que determinará si mi unidad familiar llena los requisitos del programa, es, a mi leal saber y entender, verdadera y correcta; y (3) Si corresponde, la información proporcionada por el apoderado del hogar es, a lo mejor de mi conocimiento y creencia, verdadero y correcto.
--	--

USDA Nondiscrimination Statement

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, from any USDA office, by calling, (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation.

The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by:

(1) mail: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; or

(2) fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or

(3) email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.

Declaración de No Discriminación del USDA

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

(1) correo:

U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; or

(2) fax: (833)256-1665 o (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta entidad es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Sections 6 & 7 must be completed by the CE or the site staff:**Section 6 — Eligibility or Ineligibility**

___ Household is eligible. Length of certification:

Beginning (month/year): _____

Ending (month/year): _____

___ Household is ineligible based on Sections 2 and 3, but qualifies for TEFAP based on Household Crisis Eligibility (Section 4).

Length of certification: Beginning (month/year): _____

Ending (month/year): _____

Sección 6 — Elegibilidad o Inelegibilidad

___ El Hogar es elegible. Duración de la certificación:

Inicio (mes/año): _____

Final (mes/año): _____

___ El hogar no es elegible basado en las secciones 2 y 3, pero califica para TEFAP basado en la elegibilidad de crisis del hogar (Sección 4).

Duración de la certificación: Inicio (mes/año): _____

Final (mes/año): _____

Section 7 — Signature and date of CE or site staff**Sección 7— Firma y fecha del CE o del sitio personal**

Signature/Firma _____

Date/Fecha _____

Apricot Number: _____

**Authorization to Disclose Client Information to Houston Food Bank
Concerning KCM Food Bank Client**

In order for Katy Christian Ministries (KCM) to participate in the Houston Food Bank (HFB), HFB requires that KCM share the name and address of our clients that use our Food Pantry with HFB.

To enable you to participate in the KCM Food Pantry, you must give your consent to KCM to share your name and address with HFB. You do not have to give KCM permission to share your name and address with HFB, but if you don't, KCM will not be able to allow you to use the Food Pantry.

I understand that I have the right to decline to share my information, but if I don't share my information, I will be unable to receive Food Pantry services. I also understand that signing this authorization form does not guarantee that I will receive Food Pantry services.

Initials

If you agree to the collecting and sharing of your name and address with HFB:

- All individuals within KCM will treat your information with respect and in a professional and confidential manner.
- Unauthorized people or organizations cannot gain access to your information without your consent.
- This authorization shall remain in effect until revoked by you in writing delivered to KCM.

I understand that I may revoke this authorization at any time by notifying KCM in writing. My revocation will not affect any actions taken before its receipt by KCM. After receipt, KCM will, as its sole responsibility, notify HFB in writing to delete your name and address from its list. From date of its receipt by KCM, I will no longer be allowed to use the Food Bank.

AUTHORIZATION

By signing below, I acknowledge that my name and address below is correct, and I authorize KCM to share my name and address with HFB.

Name: _____

Address: _____

Client Signature

Date

Apricot Number: _____

Autorización para divulgar información del cliente al Banco de Alimentos de Houston con respecto al cliente del Bando de Alimentos de KCM

Para que Katy Christian Ministries (KCM) participe en el Banco de Alimentos de Houston (HFB), HFB requiere que KCM comparta el nombre y la dirección de nuestros clientes que utilizan nuestra despensa de alimentos con HFB.

Para que puedas participar en la despensa de alimentos de KCM, debes dar tu consentimiento a KCM para compartir tu nombre y dirección con HFB. No tienes que dar permiso a KCM para compartir tu nombre y dirección con HFB, pero si no lo haces, KCM no podrá permitirte usar la despensa de alimentos.

Entiendo que tengo el derecho de rechazar compartir mi información, pero si no la comparto, no podré recibir los servicios de la despensa de alimentos. También entiendo que firmar este formulario de autorización no garantiza que recibiré servicios de la despensa de alimentos.

Iniciales

Si estás de acuerdo con la recopilación y el compartir de tu nombre y dirección con HFB:

- Todos los individuos dentro de KCM tratarán tu información con respeto y de manera profesional y confidencial.
- Las personas u organizaciones no autorizadas no podrán acceder a tu información sin tu consentimiento.
- Esta autorización permanecerá en vigor hasta que tú la revoques por escrito entregado a KCM.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a KCM por escrito. Mi revocación no afectará ninguna acción tomada antes de que KCM la reciba. Después de recibirla, KCM, como su única responsabilidad, notificará por escrito a HFB para eliminar mi nombre y dirección de su lista. A partir de la fecha en que KCM reciba la revocación, ya no se me permitirá utilizar el Banco de Alimentos.

AUTORIZACIÓN

Al firmar abajo, reconozco que mi nombre y dirección son correctos y autorizo a KCM a compartir mi nombre y dirección con HFB.

Nombre: _____

Dirección: _____

Firma del Cliente

Fecha