



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

KCM Support Services & Food Pantry Application

To access the KCM Food Pantry, you must reside in one of the following zip codes:

77449, 77494, 77450, 77493, 77441, 77476, 77485, 77464, 77406, 77407, 77084, 77423, 77094.

No proof of address or income is required to receive food pantry services. However, to qualify for any additional services that KCM offers, you must provide the following documentation along with your completed application forms:

Please submit your documents in person at:
KCM Social Services Office
3506 Porter Road, Katy, TX 77493
Hours: Monday–Thursday, 9:00 a.m. to 5:00 p.m.

Documentation to Determine Eligibility for KCM Services

Please provide clear and legible copies of the following documents:

- ☐ Completed TEFAP Application – if applicable
- ☐ Identification for all Household members – *Photo ID for all adults (18+); birth certificates for all minor children*
- ☐ Proof of Address – *Lease agreement, utility bill, or similar*
- ☐ Proof of Income – *Recent pay stub, bank statement showing direct deposit, etc.*
- ☐ Proof of Unemployment – *If any household member age 18 or older is not in school and not employed, documentation is required. This may include registration with Gulf Coast Careers/Texas Workforce Commission or a doctor's note confirming a disability.*
- ☐ Proof of Benefits – *Award letter for any of the following, if applicable: Social Security, SSI, TANF, VA Benefits, SNAP, Medicaid, or National School Lunch Program (NSLP)*
- ☐ Proof of Current Situation – *Termination letter from employer, eviction/vacate notice, utility disconnection notice, etc.*

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

Solicitud para Servicios de Apoyo y Despensa de Alimentos de KCM

Para acceder a la despensa de alimentos de KCM, debe residir en uno de los siguientes códigos postales:
77449, 77494, 77450, 77493, 77441, 77476, 77485, 77464, 77406, 77407, 77084, 77423, 77094.

No se requiere comprobante de domicilio ni de ingresos para recibir servicios de despensa de alimentos. Sin embargo, para calificar para cualquier otro servicio que ofrece KCM, debe presentar la siguiente documentación junto con los formularios de solicitud completados:

Por favor entregue sus documentos en persona en:

Oficina de Servicios Sociales de KCM

3506 Porter Road, Katy, TX 77493

Horario: Lunes a jueves, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.

Documentación Requerida para Determinar la Elegibilidad para los Servicios de KCM

Por favor, proporcione copias claras y legibles de los siguientes documentos:

- ☐ Solicitud TEFAP completada – si aplica
- ☐ Identificación de todos los miembros del hogar – Identificación con foto para todos los adultos (18+); actas de nacimiento para todos los menores de edad
- ☐ Comprobante de domicilio – Contrato de arrendamiento, recibo de servicios públicos, o documento similar
- ☐ Comprobante de ingresos – Talón de cheque reciente, estado de cuenta bancaria que muestre depósito directo, etc.
- ☐ Comprobante de desempleo – *Si algún miembro del hogar mayor de 18 años no está en la escuela ni trabaja, debe presentar documentación. Esto puede incluir registro con Gulf Coast Careers/Comisión de la Fuerza Laboral de Texas o una carta médica que confirme una discapacidad.*
- ☐ Comprobante de beneficios – Carta de adjudicación si recibe alguno de los siguientes: Seguro Social, SSI, TANF, beneficios del VA, SNAP, Medicaid, o el Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP)
- ☐ Comprobante de situación actual – Carta de despido, aviso de desalojo/desocupación, aviso de corte de servicios, etc.

Una vez que se reciba su documentación, un administrador de casos de KCM revisará su solicitud y se comunicará con usted por mensaje de texto o llamada telefónica si se necesita información adicional o para brindarle una actualización sobre el estado 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

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



*"Transforming lives through
God's grace and the generosity
of the community."*

Número de registro del cliente_____

Atención clientes de KCM Food Pantry: A partir del 17 de febrero, KCM implementará un cambio de política que ya no permitirá que nadie recoja alimentos en su nombre.

Puede asignar un apoderado (una persona de confianza que usted aprueba para que recoja su comida) completando la información a continuación. Al firmar este documento, usted autoriza al Apoderado a recoger sus alimentos en su nombre. El Apoderado deberá mostrar una identificación adecuada para recoger su comida.

1. Nombre del apoderado/persona que recoge los alimentos en su nombre.

2. El nombre de la persona que recibe el alimento

3. Autorizo a Proxy a recoger comida por mí. Iniciales _____

Nombre en letra de imprenta Cliente de la despensa de alimentos

Firma del cliente de la despensa de alimentos

Fecha



*"Transforming lives through
God's grace and the generosity
of the community."*

Client Record Number _____

Attention KCM Food Pantry Clients: Beginning on the 17th of February KCM will implement a policy change that will no longer allow anyone to pick up food on their behalf

You may assign a Proxy (**a trusted individual you approve to pick up your food**) by filling out the information below. By signing this document, you authorize the Proxy to pick up your food on your behalf. **The Proxy must show proper identification to pick up your food.**

1. Name of Proxy/person picking up food on your behalf. _____
2. The name of the individual receiving the food _____
3. I authorize Proxy to pick up food for me. Initials _____

Print Name Food Pantry Client

Food Pantry Client Signature

Date

Mental Health Services & Referral Questionnaire

Katy Christian Ministries partners with mental health and substance use providers to connect our clients with the support they need. If you are currently seeing a provider and want to see someone new OR if you are not seeing a provider and want to start, we can refer you. Please indicate below if you would like to be referred for support for mental health or substance use concerns.

1. I am currently seeing a mental health/ substance use counselor and **do NOT** want to be referred for additional support.
☐ Yes ☐ No
2. I am currently seeing a mental health/ substance use counselor and **DO** want to be referred to another mental health provider for additional support.
☐ Yes ☐ No
3. I am not seeing a mental health/ substance use counselor and **do NOT** want to be referred to one.
☐ Yes ☐ No
4. I am not seeing a mental health/ substance use counselor and **DO** want to be referred to a provider.
☐ Yes ☐ No
5. If you selected option 2 or 4, indicating that you want to be referred to a mental health/ substance use counselor, please select the type of insurance you have:

☐ Marketplace (Affordable Care Act)
☐ Employer-provided
☐ Medicaid / CHIP
☐ Medicare
☐ Other: _____

Cuestionario de servicios de salud mental y derivaciones

Katy Christian Ministries colabora con proveedores de servicios de salud mental y abuso de sustancias para conectar a nuestros clientes con el apoyo que necesitan. Si actualmente consulta con un proveedor y desea ver a alguien nuevo, o si no lo hace y desea comenzar, podemos derivarlo. Indique a continuación si desea que lo derivemos para recibir apoyo por problemas de salud mental o abuso de sustancias.

1. Actualmente estoy viendo a un consejero de salud mental/uso de sustancias y NO quiero que me deriven para recibir apoyo adicional.
☐ Si ☐ No
2. Actualmente estoy viendo a un consejero de salud mental/uso de sustancias y QUIERO que me deriven a otro proveedor de salud mental para recibir apoyo adicional.
☐ Si ☐ No
3. No estoy viendo a un consejero de salud mental/uso de sustancias y NO quiero que me deriven a uno.
☐ Si ☐ No
4. No estoy viendo a un consejero de salud mental o uso de sustancias y QUIERO que me deriven a un proveedor.
☐ Si ☐ No
5. Si seleccionó la opción 2 o 4, indicando que desea ser derivado a un consejero de salud mental/uso de sustancias, seleccione el tipo de seguro que tiene:
 - ☐ Mercado (Ley de Atención Médica Asequible)
 - ☐ Proporcionado por el empleador
 - ☐ Medicaid / CHIP
 - ☐ Medicare
 - ☐ Otro: _____