



Número de pessoas na família: _____

Informações de registro primário

*Sobrenome: _____ *Primeiro nome: _____

*Data de nascimento: ____/____/____ (dd/mm/aaaa)

*Gênero: Masculino Feminino Transgênero Não perguntou Não sei Prefiro não responder

*Estado civil: Solteiro Casado Comum Divorciado Separado Viúvo
 Não perguntou Não sei Prefiro não responder

*Endereço: _____

Endereço (Linha 2 – Apt, Lote ou Unidade nº): _____ *Condado: _____

*Cidade: _____ *Estado: _____ *Código postal: _____

Sem endereço fixo Prefiro não responder

*Tipo de Habitação: (Selecione um)

Abrigo de Emergência/Missão/Transição Aluguel Não perguntou
 Evacuado Outro Não sei
 Sem casa Com Família/Amigos Prefere não responder
 Casa própria

*Referido por:

Comunicado da escola Cliente atual Porta cabide Folheto/Cronograma Membro da equipe do Banco de Alimentos
 Amigo ou membro da família Jornal/Rádio/TV Correio postal Mídia Social /Site Outro _____

*Etnia:

Nativo do Alasca/ Esquimó Aleuta Negro/ Afro-americano Pacific Islander Não perguntou
 Índio Americano/ Nativo Americano Hispânico/ Latino Branco/ Anglo Não sei
 Asiático Oriente Médio / Norte da África Outro Prefere não responder

*Autoidentificar-se como Veterano: Sim Nenhum Não perguntei Não sei Prefiro não responder

*Tem alguma deficiência? Sim Não Não perguntei Não sei Prefiro não responder

* Alguém em sua casa recebe Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP)?

Sim Não Não perguntei Não sei Prefiro não responder

*Alguém na sua casa recebe algum dos seguintes benefícios? (marque todos que se aplicam)

Almoço Escolar Gratuito ou Reduzido Assistência Suplementar para Mulheres, Bebês e Crianças (WIC)
 Programa de Assistência Energética para Casas de Baixa Renda (LiHeap) Renda Suplementar de Segurança (SSI)
 Medicaid Assistência Temporária a Famílias Necessitadas (TANF)
 Nenhum

*Rendimento Familiar Mensal Total: \$ _____

Membros Adicionais da Família

Preencha uma linha de informações para cada membro adicional da família, incluindo cônjuge, filhos, pais, netos, irmãos ou qualquer outra pessoa que pertença à sua família. **Por favor, NÃO se liste.**

Nome (Primeiro e Último)	Data de nascimento	Gênero	Relacionamento com você	Etnia	Identifique -se como veterano:	Esta pessoa tem uma deficiência?
1.					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Não perguntou <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não perguntou <input type="checkbox"/> Não sabia <input type="checkbox"/> Prefiro não responder
2.					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Não perguntou <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não perguntou <input type="checkbox"/> Não sabia <input type="checkbox"/> Prefiro não responder
3.					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Não perguntou <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não perguntou <input type="checkbox"/> Não sabia <input type="checkbox"/> Prefiro não responder
4.					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Não perguntou <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não perguntou <input type="checkbox"/> Não sabia <input type="checkbox"/> Prefiro não responder
5.					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Não perguntou <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não perguntou <input type="checkbox"/> Não sabia <input type="checkbox"/> Prefiro não responder
6.					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Não perguntou <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não perguntou <input type="checkbox"/> Não sabia <input type="checkbox"/> Prefiro não responder
7.					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Não perguntou <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não perguntou <input type="checkbox"/> Não sabia <input type="checkbox"/> Prefiro não responder