

Informações de registro primário

1*Consentimento para coletar dados: Sim¹ Não² **Número de pessoas na família:**³ _____

2*Sobrenome^{1(Last):} _____ ***Primeiro nome**^{2(First):} _____

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

4*Gênero(Gender): Feminino¹ Masculino² Nada disso³ Transgênero⁴ Não perguntou⁵ Prefiro não responder⁶

5*Estado civil: Comum¹ Separado⁴ Não perguntou⁷
 Divorciado² Solteiro⁵ Não sei⁸
 Casado³ Viúvo⁶ Prefiro não responder⁹

6*Endereço:¹ _____

Endereço (Linha 2 – Apt, Lote ou Unidade nº):² _____ ***Cidade:**³ _____

7*Condado:⁴ _____ ***Estado:**⁵ _____ ***Código postal:**⁶ _____

Sem endereço fixo⁷ Prefiro não responder⁸

8*Tipo de Habitação: (Selecione um)

Abrigo de Emergência/Missão/Transição¹ Habitação Social Pública⁵ Outro⁹
 Evacuado² Sem casa⁶ Perguntou¹⁰
 Casa própria³ Com Família/Amigos⁷ Não sei¹¹
 Aluguel⁴ Lar de Jovens/Abrigo⁸ Prefere não responder¹²

9a Endereço eletrônico: _____ **10a Número de telefone residencial:**¹ _____

9b Idioma(s) preferido(s) _____ **10b Número de telefone celular:**² _____

11*Referido por:

Comunicado da escola¹ Cliente atual⁴ Porta cabide⁷
 Folheto/Cronograma² Membro da equipe do Banco de Alimentos⁵ Amigo ou membro da família⁸
 Jornal/Rádio/TV³ Correio postal⁶ Mídia Social /Site⁹
 Outro¹⁰ _____

12*Etnia:

Nativo do Alasca/ Esquimó Aleuta¹ Hispânico/ Latino⁵ Não perguntou⁹
 Índio Americano/ Nativo Americano² Oriente Médio / Norte da África⁶ Não sei¹⁰
 Asiático³ Pacific Islander⁷ Prefere não responder¹¹
 Negro/ Afro-americano⁴ Branco/ Anglo⁸

13*Autoidentificar-se como Veterano: Sim¹ Não² Não perguntei³ Não sei⁴ Prefiro não responder⁵

14*Tem alguma deficiência? Sim¹ Não² Não perguntei³ Não sei⁴ Prefiro não responder⁵

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

Sim¹ Não² Não perguntei³ Não sei⁴ Prefiro não responder⁵

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

Almoço Escolar Gratuito ou Reduzido¹ Renda Suplementar de Segurança (SSI)⁵ Não sei⁹
 Programa de Assistência Energética para Casas de Baixa Renda (LiHeap)² Assistência Temporária a Famílias Necessitadas (TANF)⁶ Nenhum¹⁰
 Medicaid³ Outros Benefícios⁷ Prefere não responder¹¹
 Assistência Suplementar para Mulheres, Bebês e Crianças (WIC)⁴ Não perguntou⁸

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