

Informacje o rejestracji podstawowej

1 *Zgoda na zbieranie danych: Tak¹ Nie² Liczba osób w gospodarstwie domowym³: _____

2 *Nazwisko¹: _____ * Imię²: _____

3 *Data urodzenia: ____/____/____ (mm/dd/yyyy) Szacunkowa data urodzenia

4 *Tożsamość płciowa: Płeć żeńska¹ Płeć męska² Żadne z tych³ Transseksualista⁴ Nie pytałem⁵
 Wolę nie odpowiadać⁶

5 * Stan cywilny: Prawo zwyczajowe¹ W separacji⁴ Nie pytałem⁷
 Rozwiedziony Samotny⁵ Nie wiem⁸
 Żonaty³ Wdowiec⁶ Wolę nie odpowiadać⁹

6 *Adres¹: _____

Adres (Linia 2 – numer mieszkania, działki lub jednostki)²: _____ *Miasto³: _____

7 *Hrabstwo⁴: _____ *Stan⁵: _____ *Cod pocztowy⁶: _____

Brak stałego adresu⁷ Wolę nie odpowiadać⁸

8 *Typ obudowy: (Zaznacz jedną)

Schronienie awaryjne/misja/przejściowe¹ Mieszkalnictwo publiczne (socjalne)⁵ Inne⁹
 Wsiedlenie² Bezdomny⁶ Nie pytałem¹⁰
 Własny dom³ Z rodziną / przyjaciółmi⁷ Nie wiem¹¹
 Wynajem prywatny⁴ Dom młodzieży / schronisko⁸ Wolę nie odpowiadać¹²

9a Adres e-mail: _____ 10a Numer telefonu domowego:¹ _____

9b Preferowany język(i) _____ 10b Numer telefonu komórkowego:² _____

11 *Polecono przez:

Ogłoszenie ze szkoły¹ Obecny klient⁴ Wieszak na drzwi⁷
 Ulotka/harmonogram² Pracownik banku żywności⁵ Przyjaciół lub członek rodziny⁸
 Gazeta/radio/TV³ Wysyłka pocztówek⁶ Media społecznościowe/strona internetowa⁹
 Inne¹⁰ _____

12 *Pochodzenie etniczne: (Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi)

Rdzenny Mieszkaniec Alaski/Eskimosi¹ Hiszpanin/Latynos⁵ Nie pytałem⁹
 Indianin Amerykański/Rdzenny Amerykanin² Bliski Wschód/Afryka Północna⁶ Nie wiem¹⁰
 Azjata³ Mieszkaniec Wysp Pacyfiku⁷ Wolę nie odpowiadać¹¹
 Czarny/Afroamerykanin⁴ Biały/Anglosas⁸

13 *Czy identyfikujesz się jako weteran: Tak¹ Nie² Nie pytałem³ Nie wiem⁴ Wolę nie odpowiadać⁵

14 *Czy identyfikujesz się jako osoba niepełnosprawna?:

Tak¹ Nie² Nie pytałem³ Nie wiem⁴ Wolę nie odpowiadać⁵

15 *Czy ktoś w twoim gospodarstwie domowym otrzymuje świadczenie w ramach programu dodatkowej pomocy żywnościowej (SNAP)? Tak¹ Nie² Nie pytałem³ Nie wiem⁴ Wolę nie odpowiadać⁵

16 * Czy ktoś w twoim gospodarstwie domowym otrzymuje któryś następujących świadczeń?

(Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi)

Bezpłatny lub tanszy obiad szkolny¹ Program pomocy energetycznej dla gospodarstw domowych o niskich dochodach (LiHeap)²
 Medicaid³ Dodatkowa pomoc dla kobiet, niemowląt i dzieci (WIC)⁴ Dodatkowy dochód gwarantowany (SSI)⁵
 Tymczasowa pomoc dla rodzin potrzebujących (TANF)⁶ Inne korzyści⁷ Nie pytałem⁸ Nie wiem⁹ Brak korzyści¹⁰
 Wolę nie odpowiadać¹¹

17 *Całkowity miesięczny dochód gospodarstwa domowego: \$ _____

Dodatkowi członkowie gospodarstwa domowego

Proszę wypełnić kolejno informacje dla każdego dodatkowego członka gospodarstwa domowego, w tym małżonka, dzieci, rodziców, wnuków, rodzeństwa lub kogokolwiek innego, kto należy do gospodarstwa domowego. **Proszę NIE wymieniać siebie.**

Imię i nazwisko ¹	Data urodzenia ² MM/DD/RRRR	Tożsamość płciowa ³	Relacja z tobą ⁴	Pochodzenie etniczne ⁵	Czy ta osoba identyfikuje się jako weteran? ⁶	Czy ta osoba jest niepełnosprawna? ⁷
1.					<input type="checkbox"/> Tak ¹ <input type="checkbox"/> Nie ² <input type="checkbox"/> Nie pytałem ³ <input type="checkbox"/> Nie wiem ⁴ <input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać ⁵	<input type="checkbox"/> Tak ¹ <input type="checkbox"/> Nie ² <input type="checkbox"/> Nie pytałem ³ <input type="checkbox"/> Nie wiem ⁴ <input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać ⁵
2.					<input type="checkbox"/> Tak ¹ <input type="checkbox"/> Nie ² <input type="checkbox"/> Nie pytałem ³ <input type="checkbox"/> Nie wiem ⁴ <input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać ⁵	<input type="checkbox"/> Tak ¹ <input type="checkbox"/> Nie ² <input type="checkbox"/> Nie pytałem ³ <input type="checkbox"/> Nie wiem ⁴ <input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać ⁵
3.					<input type="checkbox"/> Tak ¹ <input type="checkbox"/> Nie ² <input type="checkbox"/> Nie pytałem ³ <input type="checkbox"/> Nie wiem ⁴ <input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać ⁵	<input type="checkbox"/> Tak ¹ <input type="checkbox"/> Nie ² <input type="checkbox"/> Nie pytałem ³ <input type="checkbox"/> Nie wiem ⁴ <input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać ⁵
4.					<input type="checkbox"/> Tak ¹ <input type="checkbox"/> Nie ² <input type="checkbox"/> Nie pytałem ³ <input type="checkbox"/> Nie wiem ⁴ <input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać ⁵	<input type="checkbox"/> Tak ¹ <input type="checkbox"/> Nie ² <input type="checkbox"/> Nie pytałem ³ <input type="checkbox"/> Nie wiem ⁴ <input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać ⁵
5.					<input type="checkbox"/> Tak ¹ <input type="checkbox"/> Nie ² <input type="checkbox"/> Nie pytałem ³ <input type="checkbox"/> Nie wiem ⁴ <input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać ⁵	<input type="checkbox"/> Tak ¹ <input type="checkbox"/> Nie ² <input type="checkbox"/> Nie pytałem ³ <input type="checkbox"/> Nie wiem ⁴ <input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać ⁵
6.					<input type="checkbox"/> Tak ¹ <input type="checkbox"/> Nie ² <input type="checkbox"/> Nie pytałem ³ <input type="checkbox"/> Nie wiem ⁴ <input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać ⁵	<input type="checkbox"/> Tak ¹ <input type="checkbox"/> Nie ² <input type="checkbox"/> Nie pytałem ³ <input type="checkbox"/> Nie wiem ⁴ <input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać ⁵
7.					<input type="checkbox"/> Tak ¹ <input type="checkbox"/> Nie ² <input type="checkbox"/> Nie pytałem ³ <input type="checkbox"/> Nie wiem ⁴ <input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać ⁵	<input type="checkbox"/> Tak ¹ <input type="checkbox"/> Nie ² <input type="checkbox"/> Nie pytałem ³ <input type="checkbox"/> Nie wiem ⁴ <input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać ⁵