

## Первинні реєстраційні дані

**1 \*Згода на збір даних (Consent):** ☐ Так<sup>1</sup> ☐ Ні<sup>2</sup> **Кількість осіб у родині (# in House)<sup>3</sup>:** \_\_\_\_\_

**2 \*Прізвище<sup>1</sup> (Last Name):** \_\_\_\_\_ **\*Ім'я<sup>2</sup> (First Name):** \_\_\_\_\_

**3 \*Дата народження (DOB):** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (мм/дд/рррр) ☐ Орієнтовна дата народження (Approx Date)

**4 \*Гендерна ідентичність (Gender Identity):**  
☐ Жіноча<sup>1</sup> ☐ Чоловіча<sup>2</sup> ☐ Жодне з цього<sup>3</sup> ☐ Трансгендер<sup>4</sup> ☐ Не питав/питала<sup>5</sup> ☐ Не бажаю відповідати<sup>6</sup>

**5 Згода на контакт (Consent to Contact)**  

|                              |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ел. поштою <sup>1</sup>      | через СМС <sup>2</sup>       | телефоном <sup>3</sup>       |
| <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Так | <input type="checkbox"/> Так |
| <input type="checkbox"/> Ні  | <input type="checkbox"/> Ні  | <input type="checkbox"/> Ні  |

**6 \*Адреса (Address):<sup>1</sup>** \_\_\_\_\_  
Адреса (Рядок 2 – № квартири, ділянки чи блоку):<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ **\*Місто (City):<sup>3</sup>** \_\_\_\_\_

**7 \*Округ (County):<sup>4</sup>** \_\_\_\_\_ **\*Штат (State):<sup>5</sup>** \_\_\_\_\_ **\*Індекс (Zipcode):<sup>6</sup>** \_\_\_\_\_  
☐ Без постійної адреси<sup>7</sup> ☐ Не бажаю відповідати<sup>8</sup>

**8 \*Вид житла (Housing Type):** (Виберіть одне)  

|                                                                          |                                                         |                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Аварійний притулок/тимчасове житло <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> Без житла <sup>4</sup>         | <input type="checkbox"/> Не питав/питала <sup>7</sup>      |
| <input type="checkbox"/> Власний дім <sup>2</sup>                        | <input type="checkbox"/> Із сім'єю/друзями <sup>5</sup> | <input type="checkbox"/> Не знаю <sup>8</sup>              |
| <input type="checkbox"/> Оренда <sup>3</sup>                             | <input type="checkbox"/> Інше <sup>6</sup>              | <input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати <sup>9</sup> |

**9a Електронна адреса:** \_\_\_\_\_ **10a Номер домашнього телефону (Phone #):<sup>1</sup>** \_\_\_\_\_

**9b Бажана мова (мови):** \_\_\_\_\_ **10b Номер мобільного телефону (Mobile #):<sup>2</sup>** \_\_\_\_\_

**11 \*Рекомендації (Referred by):**  

|                                                           |                                                                   |                                                                 |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Оголошення зі школи <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> Поточний клієнт <sup>4</sup>             | <input type="checkbox"/> Листівка на дверях <sup>7</sup>        |
| <input type="checkbox"/> Флаєр/розклад <sup>2</sup>       | <input type="checkbox"/> Персонал продуктового банку <sup>5</sup> | <input type="checkbox"/> Друг або член сім'ї <sup>8</sup>       |
| <input type="checkbox"/> Газета /Радіо/ ТВ <sup>3</sup>   | <input type="checkbox"/> Розсилка листівок <sup>6</sup>           | <input type="checkbox"/> Соціальні мережі/Веб-сайт <sup>9</sup> |
|                                                           |                                                                   | <input type="checkbox"/> Інше <sup>10</sup> _____               |

**12 \*Етнічна належність (Ethnicity):** (Виберіть усі влучні варіанти)  

|                                                                                |                                                                               |                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Корінні жителі Аляски/ алеути, ескімоси <sup>1</sup>  | <input type="checkbox"/> іспаномовні/латиноамериканці <sup>5</sup>            | <input type="checkbox"/> Не питав/питала <sup>9</sup>       |
| <input type="checkbox"/> Американські індіанці/корінні американці <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> жителі Близького Сходу/Північної Африки <sup>6</sup> | <input type="checkbox"/> Не знаю <sup>10</sup>              |
| <input type="checkbox"/> Азіати <sup>3</sup>                                   | <input type="checkbox"/> жителі островів Тихого океану <sup>7</sup>           | <input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати <sup>11</sup> |
| <input type="checkbox"/> чорношкірі/афро-американці <sup>4</sup>               | <input type="checkbox"/> білі/англомовні <sup>8</sup>                         |                                                             |

**13 \*Самоідентифікація як ветерана (Veteran):** ☐ Так<sup>1</sup> ☐ Ні<sup>2</sup> ☐ Не питав/питала<sup>3</sup> ☐ Не знаю<sup>4</sup> ☐ Не бажаю відповідати<sup>5</sup>

**14 \*Самоідентифікація як особи з інвалідністю?:** ☐ Так<sup>1</sup> ☐ Ні<sup>2</sup> ☐ Не питав/питала<sup>3</sup> ☐ Не знаю<sup>4</sup> ☐ Не бажаю відповідати<sup>5</sup>

**15 \*Хтось із членів вашої родини отримує допомогу за програмою додаткового харчування (SNAP)?**  
☐ Ні<sup>1</sup> ☐ Так<sup>2</sup> ☐ Не питав/питала<sup>3</sup> ☐ Не знаю<sup>4</sup> ☐ Не бажаю відповідати<sup>5</sup>

**16 \*Хтось із членів вашої родини отримує будь-яку з наступних пільг? (Позначте всі влучні варіанти)**  

|                                                                                                |                                                                                  |                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Безкоштовні чи пільгові шкільні обіди (Lunch) <sup>1</sup>            | <input type="checkbox"/> Додаткові виплати малозабезпеченим (SSI) <sup>5</sup>   | <input type="checkbox"/> Не знаю <sup>9</sup>               |
| <input type="checkbox"/> Програма енергетичної допомоги малозабезпеченим (LiHeap) <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> Тимчасова допомога нужденним сім'ям (TANF) <sup>6</sup> |                                                             |
| <input type="checkbox"/> Безкоштовна медична допомога (Medicaid) <sup>3</sup>                  | <input type="checkbox"/> Інші пільги (Other) <sup>7</sup>                        | <input type="checkbox"/> Без пільг <sup>10</sup>            |
| <input type="checkbox"/> Додаткова допомога для жінок, немовлят і дітей (WIC) <sup>4</sup>     | <input type="checkbox"/> Не питав <sup>8</sup>                                   | <input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати <sup>11</sup> |

**17 \*Загальний щомісячний дохід родини (Monthly Household Income):** \$ \_\_\_\_\_

**18 Довірена(і) особа(и) Уповноважені на отримання** Не члени родини \_\_\_\_\_

### Додаткові члени родини

Заповніть рядок даними про кожного додаткового члена родини, включаючи чоловіка/дружину, дітей, батьків, онуків, братів/сестер чи будь-кого іншого з вашої родини. **НЕ вказуйте себе.**

| Ім'я <sup>1</sup><br>(Ім'я та прізвище) | Дата народження <sup>2</sup><br>ММ/ДД/РРРР | Стать <sup>3</sup> | Родинний зв'язок <sup>4</sup> | Етнічна група <sup>5</sup> | Самоідентифікація як ветерана: <sup>6</sup>                                                                                                                                                                                                                | У цієї особи є інвалідність? <sup>7</sup>                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------|-------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                                      |                                            |                    |                               |                            | <input type="checkbox"/> Так <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Ні <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> Не питав/питала <sup>3</sup><br><input type="checkbox"/> Не знаю <sup>4</sup><br><input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати <sup>5</sup> | <input type="checkbox"/> Так <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Ні <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> Не питав/питала <sup>3</sup><br><input type="checkbox"/> Не знаю <sup>4</sup><br><input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати <sup>5</sup> |
| 2.                                      |                                            |                    |                               |                            | <input type="checkbox"/> Так <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Ні <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> Не питав/питала <sup>3</sup><br><input type="checkbox"/> Не знаю <sup>4</sup><br><input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати <sup>5</sup> | <input type="checkbox"/> Так <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Ні <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> Не питав/питала <sup>3</sup><br><input type="checkbox"/> Не знаю <sup>4</sup><br><input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати <sup>5</sup> |
| 3.                                      |                                            |                    |                               |                            | <input type="checkbox"/> Так <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Ні <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> Не питав/питала <sup>3</sup><br><input type="checkbox"/> Не знаю <sup>4</sup><br><input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати <sup>5</sup> | <input type="checkbox"/> Так <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Ні <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> Не питав/питала <sup>3</sup><br><input type="checkbox"/> Не знаю <sup>4</sup><br><input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати <sup>5</sup> |
| 4.                                      |                                            |                    |                               |                            | <input type="checkbox"/> Так <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Ні <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> Не питав/питала <sup>3</sup><br><input type="checkbox"/> Не знаю <sup>4</sup><br><input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати <sup>5</sup> | <input type="checkbox"/> Так <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Ні <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> Не питав/питала <sup>3</sup><br><input type="checkbox"/> Не знаю <sup>4</sup><br><input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати <sup>5</sup> |
| 5.                                      |                                            |                    |                               |                            | <input type="checkbox"/> Так <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Ні <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> Не питав/питала <sup>3</sup><br><input type="checkbox"/> Не знаю <sup>4</sup><br><input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати <sup>5</sup> | <input type="checkbox"/> Так <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Ні <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> Не питав/питала <sup>3</sup><br><input type="checkbox"/> Не знаю <sup>4</sup><br><input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати <sup>5</sup> |
| 6.                                      |                                            |                    |                               |                            | <input type="checkbox"/> Так <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Ні <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> Не питав/питала <sup>3</sup><br><input type="checkbox"/> Не знаю <sup>4</sup><br><input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати <sup>5</sup> | <input type="checkbox"/> Так <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Ні <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> Не питав/питала <sup>3</sup><br><input type="checkbox"/> Не знаю <sup>4</sup><br><input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати <sup>5</sup> |
| 7.                                      |                                            |                    |                               |                            | <input type="checkbox"/> Так <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Ні <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> Не питав/питала <sup>3</sup><br><input type="checkbox"/> Не знаю <sup>4</sup><br><input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати <sup>5</sup> | <input type="checkbox"/> Так <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Ні <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> Не питав/питала <sup>3</sup><br><input type="checkbox"/> Не знаю <sup>4</sup><br><input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати <sup>5</sup> |
| 8.                                      |                                            |                    |                               |                            | <input type="checkbox"/> Так <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Ні <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> Не питав/питала <sup>3</sup><br><input type="checkbox"/> Не знаю <sup>4</sup><br><input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати <sup>5</sup> | <input type="checkbox"/> Так <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Ні <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> Не питав/питала <sup>3</sup><br><input type="checkbox"/> Не знаю <sup>4</sup><br><input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати <sup>5</sup> |

