



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