

Первинні реєстраційні дані

- 1 *Згода на збір даних (Consent?): Так¹ Ні² Кількість осіб у родині (# in House)³: _____
- 2 *Прізвище (Last Name): _____ *Ім'я (First Name): _____
- 3 *Дата народження (DOB) : ____/____/____ (мм/дд/рррр) Орієнтовна дата народження (Approx Date)
- 4 *Стать (Gender): 1) Чоловіча 2) Жіноча 3) Трансгендер Не питав/питала Не знаю Не бажаю відповідати
- 5 *Сімейний стан (Marital Status): Цивільний шлю¹ Окреме проживання⁴ Не питав/питала⁷
 Розлучений/розлучена² Неодружений/неодружена⁵ Не знаю⁸
 Одружений/одружена³ Вдівець/вдова⁶ Не бажаю відповідати⁹
- 6 *Адреса (Address):¹ _____
Адреса (Рядок 2 – № квартири, ділянки чи блоку):² _____ *Округ (City):³ _____
- 7 *Місто (County):⁴ _____ *Штат (State):⁵ _____ *Індекс (Zipcode):⁶ _____
 Без постійної адреси⁷ Не бажаю відповідати⁸
- 8 *Вид житла (Housing Type): (Виберіть)
 Аварійний притулок/місія/тимчасове житло¹ Громадське (соціальне) житло⁵ Інше⁹
 Для евакуйованих² Без житла⁶ Не питав/питала¹⁰
 Власний дім³ Із сім'єю/ друзями⁷ Не знаю¹¹
 Оренда⁴ Молодіжний дім / Притулок⁸ Не бажаю відповідати¹²
- 9a Електронна адреса: _____ 10a Номер домашнього телефону (Phone #):¹ _____
- 9b Бажана мова (мови): _____ 10b Номер мобільного телефону (Mobile #):² _____
- 11 *Рекомендації (Referred by):
 Оголошення зі школи¹ Поточний клієнт⁴ Вішалка для дверей⁷
 Флаєр/розклад² Персонал продуктового банку⁵ Друг або член сім'ї⁸
 Газета /Радіо/ ТВ³ Розсилка листівок⁶ Соціальні мережі/Веб-сайт⁹
 Інше¹⁰ _____
- 12 *Етнічна належність (Ethnicity): (Виберіть усі влучні варіанти)
 Корінні жителі Аляски/ алеути, ескімоси¹ іспаномовні/латиноамериканці⁵ Не питав/питала⁹
 Американські індіанці/корінні американці² жителі Близького Сходу/Північної Африки⁶ Не знаю¹⁰
 Азіати³ жителі островів Тихого океану⁷ Не бажаю відповідати¹¹
 чорношкірі/афро-американці⁴ білі/англомовні⁸
- 13 *Самоідентифікація як ветерана (Veteran): Так¹ Ні² Не питав/питала³ Не знаю⁴ Не бажаю відповідати⁵
- 14 *Самоідентифікація як особи з інвалідністю?: Так¹ Ні² Не питав/питала³ Не знаю⁴ Не бажаю відповідати⁵
- 15 *Хтось із членів вашої родини отримує допомогу за програмою додаткового харчування (SNAP)?
 Ні¹ Так² Не питав/питала³ Не знаю⁴ Не бажаю відповідати⁵
- 16 *Хтось із членів вашої родини отримує будь-яку з наступних пільг? (Позначте всі влучні варіанти)
 Безкоштовні чи пільгові шкільні обіди (Lunch)¹ Додаткові виплати малозабезпеченим (SSI)⁵ Не питав/питала⁹
 Програма енергетичної допомоги малозабезпеченим (LiNear)² Тимчасова допомога нужденним сім'ям (TANF)⁶
 Безкоштовна медична допомога (Medicaid)³ Інші переваги (Other)⁷ Не знаю¹⁰
 Додаткова допомога для жінок, немовлят і дітей (WIC)⁴ Не питав⁸ Не бажаю відповідати¹¹
- 17 *Загальний щомісячний дохід родини (Monthly Household Income): \$ _____

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 ¹ (Ім'я та прізвище)	Дата ² народження ММ/ДД/РРРР	Стать ³	Ким приходиться ⁴	Етнічна належність ⁵	Самоідентифікація як ветерана: ⁶	У цієї особи є інвалідність? ⁷
1.					<input type="checkbox"/> Так ¹ <input type="checkbox"/> Ні ² <input type="checkbox"/> Не питав/питала ³ <input type="checkbox"/> Не знав/знала ⁴ <input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати ⁵	<input type="checkbox"/> Так ¹ <input type="checkbox"/> Ні ² <input type="checkbox"/> Не питав/питала ³ <input type="checkbox"/> Не знав/знала ⁴ <input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати ⁵
2.					<input type="checkbox"/> Так ¹ <input type="checkbox"/> Ні ² <input type="checkbox"/> Не питав/питала ³ <input type="checkbox"/> Не знав/знала ⁴ <input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати ⁵	<input type="checkbox"/> Так ¹ <input type="checkbox"/> Ні ² <input type="checkbox"/> Не питав/питала ³ <input type="checkbox"/> Не знав/знала ⁴ <input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати ⁵
3.					<input type="checkbox"/> Так ¹ <input type="checkbox"/> Ні ² <input type="checkbox"/> Не питав/питала ³ <input type="checkbox"/> Не знав/знала ⁴ <input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати ⁵	<input type="checkbox"/> Так ¹ <input type="checkbox"/> Ні ² <input type="checkbox"/> Не питав/питала ³ <input type="checkbox"/> Не знав/знала ⁴ <input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати ⁵
4.					<input type="checkbox"/> Так ¹ <input type="checkbox"/> Ні ² <input type="checkbox"/> Не питав/питала ³ <input type="checkbox"/> Не знав/знала ⁴ <input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати ⁵	<input type="checkbox"/> Так ¹ <input type="checkbox"/> Ні ² <input type="checkbox"/> Не питав/питала ³ <input type="checkbox"/> Не знав/знала ⁴ <input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати ⁵
5.					<input type="checkbox"/> Так ¹ <input type="checkbox"/> Ні ² <input type="checkbox"/> Не питав/питала ³ <input type="checkbox"/> Не знав/знала ⁴ <input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати ⁵	<input type="checkbox"/> Так ¹ <input type="checkbox"/> Ні ² <input type="checkbox"/> Не питав/питала ³ <input type="checkbox"/> Не знав/знала ⁴ <input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати ⁵
6.					<input type="checkbox"/> Так ¹ <input type="checkbox"/> Ні ² <input type="checkbox"/> Не питав/питала ³ <input type="checkbox"/> Не знав/знала ⁴ <input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати ⁵	<input type="checkbox"/> Так ¹ <input type="checkbox"/> Ні ² <input type="checkbox"/> Не питав/питала ³ <input type="checkbox"/> Не знав/знала ⁴ <input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати ⁵
7.					<input type="checkbox"/> Так ¹ <input type="checkbox"/> Ні ² <input type="checkbox"/> Не питав/питала ³ <input type="checkbox"/> Не знав/знала ⁴ <input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати ⁵	<input type="checkbox"/> Так ¹ <input type="checkbox"/> Ні ² <input type="checkbox"/> Не питав/питала ³ <input type="checkbox"/> Не знав/знала ⁴ <input type="checkbox"/> Не бажаю відповідати ⁵