



À L'USAGE DU PERSONNEL UNIQUEMENT:

QR Code #: \_\_\_\_\_

## FOOD PANTRY FORMULAIRE D'ADMISSION - FRENCH

*En nous fournissant vos informations de base, vous nous aidez à adapter au mieux nos services aux besoins de la communauté. Nous n'utiliserons pas ces informations pour surveiller votre activité individuelle ou limiter les services qui vous sont offerts. Toute personne accédant à vos informations le fera uniquement pour enregistrer les services fournis ou mettre à jour votre profil. Votre garde-manger et Food Bank peuvent produire des rapports afin de rechercher des tendances et d'en savoir plus sur la communauté, mais les rapports ne permettront pas d'identifier des informations spécifiques et individuelles.*

### **INFORMATIONS DE BASE** (*Basic Information*):

Prénom \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Date de naissance (mm/jj/aaaa) \_\_\_\_\_ OU Âge \_\_\_\_\_

### **CONTACT** (*Contact*):

Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

État \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Comté \_\_\_\_\_

Adresse e-mail \_\_\_\_\_

Ok pour un contact par e-mail

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Ok pour un contact par téléphone

### **GENRE** (*Gender Identity*):

Homme  Femme  Transgenre  Non-binaire

Non-conformité de genre  Aucun de ces éléments  Ne sait pas / Préfère ne pas répondre

### **RACE / ETHNICITE** (choisissez toutes les réponses qui s'appliquent:) [*Race / Ethnicity*]:

Blanche  Hispanique, latino ou espagnole  Noire ou Afro-américaine

Asiatique  Indienne Américaine ou Autochtone d'Alaska  Moyen-orient ou Nord-africaine

Hawaïen natif ou autre Insulaire du Pacifique  Autre race ou ethnie

Ne sait pas / Préfère ne pas répondre

**MEMBRES DU FOYER** (*Household Members*):

Fournissez les informations suivantes pour tous les autres membres vivant au sein du foyer

Prénom	Nom	Date de naissance	âge	Genre	Ethnicité

**ANCIENS COMBATTANTS** (*Veterans*):

Combien de personnes dans votre foyer, y compris vous-même, sont des anciens combattants de l'armée américaine ?

**PROCURATION** (*Proxy*):

Y a-t-il quelqu'un d'autre qui pourrait aller chercher de la nourriture pour vous ?  Oui  Non

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

**LANGUE(S) PRÉFÉRÉE(S)** (*Preferred Language*):

- Anglais       Bosniaque       Français       Créole haïtien  
 Espagnol       Autre:

**PRESTATIONS DU PROGRAMME D'AIDE SNAP** (*SNAP Benefits*):

Des membres de votre ménage reçoivent-ils à l'heure actuelle des prestations SNAP ou des bons alimentaires ?

- Oui       Non       Ne sait pas / Préfère ne pas répondre

**AUTRES PROGRAMMES GOUVERNEMENTAUX** (*Other Government Programs*):

Des membres de votre ménage reçoivent-ils à l'heure actuelle des prestations versées par les programmes gouvernementaux suivants ?

- Child Care Assistance       Children's Health Insurance Program (CHIP)       Repas scolaires gratuits/à prix réduit  
 Headstart       Aides au logement       Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)  
 Medicaid       Medicare       Sécurité sociale  
 Assurance invalidité de la sécurité sociale (SSDI)       Assurance complémentaire de sécurité (SSI)       TANF ou aide financière  
 Chômage       Aide aux anciens combattants       Women, Infants, and Children (WIC)  
 Kids Café ou CACFP       None       Ne sait pas / Préfère ne pas répondre

**SITUATION PROFESSIONNELLE** (*Employment Status*):

Le mois dernier, une personne de votre foyer, dont vous-même, a-t-elle travaillé à temps plein (30 heures par semaine ou plus) contre rémunération ?

- Oui       Non       Ne sait pas / Préfère ne pas répondre

**STATUT D'INVALIDITE** (*Disability Status*):

Une personne de votre foyer, dont vous-même, est-elle atteinte d'un handicap l'empêchant d'accepter tout type de travail au cours des six prochains mois ?

- Oui       Non       Ne sait pas / Préfère ne pas répondre

**REVENUS DU FOYER** (*Household Monthly Income*):

- Zéro       Moins de 500 \$       500 – 999 \$       1 000 \$ – 1 999 \$  
 2 000 \$ – 2 999 \$       3 000 \$ – 3 999 \$       4 000 \$ ou plus       Ne sait pas / Préfère ne pas répondre

**SITUATION DE VIE** (*Living Situation*):

Quelle est votre situation de vie actuelle ?

- J'ai un endroit stable où vivre       J'ai un endroit où vivre pour le moment, mais je suis inquiet/inquiète de le perdre à l'avenir  
 Je n'ai pas d'endroit stable où vivre       Ne sait pas / Préfère ne pas répondre

**FACTEURS ALIMENTAIRES** (*Dietary Factors*):

- Difficulté à mâcher ou Déglutition       Difficulté à couper les aliments       Allergies alimentaires (veuillez lister) :  
\_\_\_\_\_
- Sans gluten       Halal       Casher  
 Faible en graisses       Faible teneur en sodium       Faible taux de sucre  
 Micro-ondes / Limité Cuisine uniquement       Végétarien  
 Autres (Veuillez décrire) : \_\_\_\_\_       Aucune restriction       Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre