



FOR STAFF USE ONLY:

QR Code #: _____

FOOD PANTRY INTAKE FORM - Ukranian

Надаючи нам свої основні дані, ви допомагаєте нам максимально пристосувати наші послуги до потреб громади. Ми не використовуємо цю інформацію для моніторингу вашої діяльності чи обмеження послуг для вас. Ті, хто отримує доступ до вашої інформації, зробить це лише для реєстрації наданих послуг або оновлення вашого профілю. Ваш магазин безкоштовних продуктів та банк їжі можуть створювати звіти для пошуку тенденцій та отримання додаткової інформації про громаду, але звіти не містять жодних конкретних даних, за якими можна було б ідентифікувати особу.

BASIC INFORMATION (*Basic Information*):

Ім'я (First name): _____ Прізвище (Last name): _____

Дата народження (Date of Birth): _____ АБО (OR) Вік (Age): _____

CONTACT (*Contact*):

Адреса (Address): _____ Місто (City): _____

Область (State): _____ Поштовий індекс (Zip code): _____ Район (County) _____

Адреса електронної пошти (Email Address): _____

Можна зв'язуватися електронною поштою

Номер телефону (Phone number): _____

Можна зв'язуватися телефоном

Якому способу спілкування ви віддаєте перевагу?

СМС Виклик телефоном Ел. пошта

***Стать** (*Gender*):

Чоловік Жінка Трансгендер Небінарна особа

Невідповідність статі Жодне з цього Не знаю/Не хочу відповідати

Раса/етнічна приналежність (виберіть усе, що підходить) (*Race / Ethnicity*):

Європеоїдна Латиноамериканська Афроамериканська

Азіатська або іспанська Близькосхідна або

Американський північно-африканська

індіанець або абориген Аляски

Корінний житель Інша раса чи етнічна знаю/Не хочу

Гавайських островів або інших приналежність відповідати

островів Тихого океану

ЧЛЕНИ ДОМОГОСПОДАРСТВА (Household):

Надайте таку інформацію про всіх інших членів, які проживають у домогосподарстві

Ім'я	Прізвище	День народження	вік	Стать	Етнічна приналежність

ветеранів (Veterans):

Скільки людей у вашій родині, включаючи вас, є ветеранами армії США?

Посередник (Proxy):

Чи може забирати для вас їжу хтось інший? Yes No

Ім'я (First Name) _____ Прізвище (Last name): _____

LANGUAGE

- англійська
 боснійський
 французька
 Гаїтянська креольська
 Іспанська
 інше

SNAP:

Чи хтось із членів вашої родини отримує наразі SNAP, що також називається талонами на харчування?

- Так
 Ні
 Не знаю/Не хочу відповідати

Інші державні програми (виберіть усе дотичне) (Other Government Programs):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Допомога по догляду за дитиною | <input type="checkbox"/> Програма дитячого медичного страхування (CHIP) | <input type="checkbox"/> Безкоштовне/пільгове шкільне харчування |
| <input type="checkbox"/> Headstart | <input type="checkbox"/> Житлові субсидії | <input type="checkbox"/> Програма енергетичної допомоги для сімей із низьким доходом (LIHEAP) |
| <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Соціальне забезпечення |
| <input type="checkbox"/> SSDI | <input type="checkbox"/> SSI | <input type="checkbox"/> TANF або грошова допомога |
| <input type="checkbox"/> Допомога через безробіття | <input type="checkbox"/> Допомога ветеранам | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Допомога жінкам, немовлятам і дітям (WIC) |
| <input type="checkbox"/> Kids Café / CACFP | <input type="checkbox"/> Жодного | <input type="checkbox"/> Не знаю/Не хочу відповідати |

Працевлаштування (Employment):

Чи працювали ви або хтось із членів вашої родини повний робочий день (30 годин на тиждень або більше) протягом останнього місяця?

- Так Ні Не знаю/Не хочу відповідати

статус інвалідності (Disability Status):

Чи хтось із членів вашої сім'ї, включно з вами, має інвалідність, яка не дозволяє їм погоджуватися на будь-яку роботу протягом наступних 6 місяців?

- Так Ні Не знаю/Не хочу відповідати

Доходи домогосподарства (Household Income):

Яка категорія представляє загальний дохід усіх членів вашої родини за типовий місяць?

- Нуль Менше 500 дол. США \$500-\$999 \$1000-\$1999
 \$2000- \$2999 \$3000-\$3999 4000 дол. США або більше Не знаю/Не хочу відповідати

ЖИТЛОВО СИТУАЦІЯ (Living Situation):

Яка ваша житлова ситуація сьогодні?

- Маю постійне місце проживання У мене є де жити сьогодні, але я боюся втратити його в майбутньому
 Постійного місця проживання не маю Не знаю/Не хочу відповідати

ДІЄТИЧНІ ФАКТОРИ (Dietary Factors):

- Складність жування або Ковтання Труднощі з відрізанням продуктів Харчові алергії (будь ласка, перелічити):

 Безглютенова дієта Халяль Кошерний
 Низькожирова дієта Низький рівень натрію Низький рівень цукру
 Мікрохвильова / Обмежена Тільки для приготування їжі Веганство Вегетаріанець
 Інше (будь ласка, опишіть): Без обмежень Не знаю/Волю не відповідати
-