



FOR STAFF USE ONLY:

QR Code #: _____

MẪU ĐƠN NHẬN THỰC PHẨM - Vietnamese

Bằng việc cung cấp các thông tin cơ bản, bạn sẽ giúp chúng tôi điều chỉnh dịch vụ phù hợp hơn với nhu cầu của cộng đồng. Bất kỳ ai tiếp cận thông tin của bạn đều chỉ nhằm mục đích lưu trữ các dịch vụ hoặc cập nhật hồ sơ của bạn. Bếp ăn và Food Bank của bạn có thể sử dụng báo cáo để tìm kiếm xu hướng và tìm hiểu thêm về cộng đồng. Những báo cáo này sẽ không bao giờ hiển thị bất kỳ thông tin nhận dạng cá nhân nào.

THÔNG TIN CƠ BẢN (Basic Information):

Tên _____ Họ _____

Ngày sinh (ngày/tháng/năm) _____ HOẶC Tuổi _____

LIÊN HỆ (Contact):

Địa chỉ _____ Thành phố _____

Tiểu bang _____ Mã bưu chính _____ Quận _____

Địa chỉ Email _____ Đồng ý liên hệ qua email

Số điện thoại _____ Đồng ý liên hệ qua điện thoại

Bạn ưu tiên hình thức liên hệ nào? Nhắn tin Gọi điện Email

GIỚI TÍNH (Gender Identity):

Nam Nữ Chuyển giới Phi nhị nguyên giới

Không theo tiêu chuẩn giới Không phải các lựa chọn trên Không biết / Không muốn tiết lộ

CHUNG TỘC / DÂN TỘC (vui lòng chọn tất cả các đáp án phù hợp) [Race / Ethnicity]:

Người da trắng Người gốc La tinh hoặc Tây Ban Nha Người Mỹ da đen hoặc gốc Phi

Người châu Á Người Mỹ da đỏ hoặc người bản địa Alaska Trung Đông hoặc Bắc Phi

Người bản địa Hawaii hoặc các đảo khác ở Thái Bình Dương Chung tộc hoặc dân tộc khác

Không biết / Không muốn tiết lộ

***THÀNH VIÊN HỘ GIA ĐÌNH (Household Members):**

Cung cấp thông tin dưới đây đối với tất cả các thành viên khác trong hộ gia đình

Tên	Họ	Ngày sinh	Tuổi	Giới tính	Chủng tộc

CỰU CHIẾN BINH (Veterans):

Có bao nhiêu người trong gia đình bạn, bao gồm cả bạn, là cựu chiến binh Hoa Kỳ?

ỦY QUYỀN (Proxy):

Có ai khác có thể nhận thực phẩm cho bạn không? Có Không

tên đầy đủ _____

(CÁC) NGÔN NGỮ ƯU TIÊN: (Preferred Language)

- Tiếng Anh Tiếng Bosnia Tiếng Pháp Tiếng Creole Haiti
 Tiếng Tây Ban Nha Khác Tiếng Việt (Vietnamese)

SNAP BENEFITS:

Có ai trong hộ gia đình của bạn hiện đang nhận SNAP, hay còn gọi là phiếu thực phẩm không?

- Có Không Không biết / Không muốn tiết lộ

CÁC CHƯƠNG TRÌNH CỦA CHÍNH PHỦ KHÁC (Other Government Programs):

Có ai trong gia đình bạn hiện đang nhận được bất kỳ khoản Trợ cấp hộ gia đình nào sau đây không?

- Child Care Assistance Chương trình Bảo hiểm Y tế Trẻ em (CHIP) Bữa ăn miễn phí hoặc giảm giá ở trường
 Headstart Rent Assistance Chương trình Hỗ trợ Năng lượng cho Gia đình Thu nhập thấp (LIHEAP)
 Medicaid Medicare An sinh Xã hội
 SSDI SSI Chương trình TANF hay trợ cấp tiền mặt
 Thất nghiệp Hỗ trợ Cựu chiến binh Trợ cấp cho Phụ nữ, Trẻ sơ sinh & Trẻ em (WIC)
 Kids Café HOẶC CACFP Không có Không biết / Không muốn tiết lộ

TÌNH TRẠNG VIỆC LÀM (Employment Status):

Trong tháng trước, bạn hoặc bất kỳ ai trong gia đình của bạn có làm việc với mức lương toàn thời gian (30 giờ mỗi tuần hoặc hơn) không?

- Có Không Không biết / Không muốn trả lời

TÌNH TRẠNG KHUYẾT TẬT (Disability Status):

Có ai trong gia đình bạn, kể cả bạn, bị khuyết tật khiến họ không thể chấp nhận bất kỳ loại công việc nào trong 6 tháng tới không?

- Có Không Không biết / Không muốn trả lời

THU NHẬP HÀNG THÁNG CỦA HỘ GIA ĐÌNH (Household Monthly Income):

Danh mục nào đại diện cho tổng thu nhập của tất cả các thành viên trong gia đình bạn trong một tháng điển hình?

- Không Dưới \$500 \$500-\$999 \$1000-\$1999
 \$2000- \$2999 \$3000-\$3999 \$4000 trở lên Không biết / Không muốn tiết lộ

HOÀN CẢNH SỐNG (Living Situation):

Hoàn cảnh sống của bạn hôm nay như thế nào?

- Tôi có một nơi ổn định để sống Tôi có một nơi để sống hôm nay, nhưng tôi lo lắng về việc mất nó trong tương lai
 Tôi không có một nơi ổn định để sống Không biết/Không muốn trả lời

CÂN NHẮC VỀ CHẾ ĐỘ ĂN UỐNG (Dietary Restrictions):

- Ít đường/low-carb ("thân thiện với người bệnh tiểu đường") Ít natri / ít chất béo bão hòa ("tốt cho tim") Halal
 Chế độ ăn uống thân thiện với thận Không chứa gluten Thực phẩm Kosher
 Thuần chay Ăn chay Chế độ ăn đồ mềm / cân nhắc về nha khoa
 Hạn chế / Không có dụng cụ làm bếp Chất gây dị ứng thực phẩm: _____
 Không có hạn chế gì Không biết / Không muốn tiết lộ Khác

YẾU TỐ CHẾ ĐỘ ĂN UỐNG (Dietary Factors):

- Khó nhai hoặc Nuốt Khó cắt thực phẩm Dị ứng thực phẩm (vui lòng liệt kê): _____
 Không chứa gluten Halal Kosher
 Ít chất béo Natri thấp Ít đường

Lò vi sóng / Giới hạn

Chỉ nấu ăn

Khác (Vui lòng mô tả):

Thuần chay

Không hạn chế

Ăn chay

Không biết/Không muốn
trả lời