

Formulaire de Food Bank of the Rockies (Link2Feed)

Date de la première visite à la banque alimentaire: _____

* Nom de famille: _____ * Prénom: _____

* Date de naissance: ____ / ____ / ____ (mm/jj/aaaa)

* Genre:

- Masculin Féminin Transgenres Non communiqué Autre

* Etat civil:

- Célibataire Marié(e) Séparé(e) Non communiqué
 Divorcé(e) Veuf/veuve

Adresse:

*Rue _____ Complément d'adresse: _____

* Comté: _____

*Ville: _____ *Etat: _____ *Code postal: _____

Pas d'adresse fixe

* Type de logement:

- Abri d'urgence/ Logement de transition Non communiqué Evacué
 Sans logement
 En famille/entre amis Refuge pour jeunes Autre Propriétaire
 Locataire Section 8 Logement social

Adresse email _____ Numéro de téléphone _____

Maison Mobile Travail

Langue(s) parlées:

- Anglais Français Espagnol Tiếng Việt 中文 Русский

Autre: _____

Référence par: _____

* Ethnicité:

- Caucasien Hispanique Asiatique/Pacifique Moyen-Orient/Nord-africain Rien
 Noir Indien Américain Aléoute/Esquimau Autre Non communiqué

* S'identifie comme:

- Résident à domicile Rien
 en situation de handicap Non communiqué
 Vétéran Autre

Informations sur le Profil

* Éducation:

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Niveau 0-8 | <input type="checkbox"/> Post secondaire | <input type="checkbox"/> Maîtrise |
| <input type="checkbox"/> Niveau 9-11 | <input type="checkbox"/> École de commerce / Accréditation professionnelle | |
| <input type="checkbox"/> Doctorat | | |
| <input type="checkbox"/> Baccalauréat | <input type="checkbox"/> Diplôme de 2 ans | <input type="checkbox"/> Non communiqué |
| <input type="checkbox"/> GED | <input type="checkbox"/> Diplôme de 4 ans | |

* Type d'emploi:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Saisonnier | <input type="checkbox"/> Plein temps | <input type="checkbox"/> Non communiqué |
| <input type="checkbox"/> Travailleur indépendant | <input type="checkbox"/> à temps partiel | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Étudiant postsecondaire | <input type="checkbox"/> Retraité | <input type="checkbox"/> Rien |

Revenus Mensuel

* Sources de Revenus:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Emploi à temps plein | <input type="checkbox"/> Travailleur indépendant | <input type="checkbox"/> Sécurité sociale |
| <input type="checkbox"/> Emploi à temps partiel | <input type="checkbox"/> Revenu d'invalidité | <input type="checkbox"/> Pension/Retraite |
| <input type="checkbox"/> Aucun revenu | | |

*Montant Mensuel: \$ _____

Lister toute l'aide publique reçue (SNAP, SSI, Medicaid Etc.):

Dépenses Mensuelles du ménages (Optionnel):

Considérations Diététique/Allergies

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rien | <input type="checkbox"/> Halal | <input type="checkbox"/> Allergie/Sensibilité aux fruits à coque |
| <input type="checkbox"/> Végétarien | <input type="checkbox"/> Vegan | <input type="checkbox"/> Sans gluten |
| <input type="checkbox"/> Kasher | <input type="checkbox"/> Sans Lait | <input type="checkbox"/> ne mange pas de porc |
| <input type="checkbox"/> Sans Soja | <input type="checkbox"/> Diabétique | <input type="checkbox"/> Sans Blé |
| <input type="checkbox"/> Sans Oeufs | <input type="checkbox"/> Pescatarian | <input type="checkbox"/> Ne mange pas de fruits de mer |
| <input type="checkbox"/> Matériel de cuisine inexistant ou limité | <input type="checkbox"/> Allergie/Sensibilité aux arachides | <input type="checkbox"/> Autre |

Les Annotations

Les Membres du Foyer

Nom de famille: _____ * Prénom: _____

* Date de naissance: ____/____/____ (mm/jj/aaaa) Estimé? O N

* Genre:

Masculin Féminin Transgenres Non communiqué Autre

*Relation:

Époux/se fils/fille Parent frère/soeur Petit-fils/fille Grand-parent Autre parent

Conjoint(e) Ami Non communiqué Autre

* Ethnicité:

Caucasien Hispanique Asiatique/Pacifique Moyen-Orient/Nord-africain

Noir Indien Américain Aléoute/Esquimau N/A Non communiqué

* S'Identifie comme:

Résident à domicile Rien

En situation de handicap Non communiqué Vétéran Autre

Nom de famille: _____ * Prénom: _____

* Date de naissance: ____/____/____ (mm/jj/aaaa) Estimé? O N

* Genre:

Masculin Féminin Transgenres Non communiqué Autre

*Relation:

Époux/se fils/fille Parent frère/soeur Petit-fils/fille Grand-parent Autre parent

Conjoint(e) Ami Non communiqué Autre

* Ethnicité:

Caucasien Hispanique Asiatique/Pacifique Moyen-Orient/Nord-africain

Noir Indien Américain Aléoute/Esquimau N/A Non communiqué

* S'Identifie comme:

Résident à domicile Rien

En situation de handicap Non communiqué Vétéran Autre

Nom de famille: _____ * Prénom: _____

* Date de naissance: ____/____/____ (mm/jj/aaaa) Estimé? O N

* Genre:

Masculin Féminin Transgenres Non communiqué Autre

*Relation:

Époux/se fils/fille Parent frère/soeur Petit-fils/fille Grand-parent Autre parent

Conjoint(e) Ami Non communiqué Autre

* Ethnicité:

Caucasien Hispanique Asiatique/Pacifique Moyen-Orient/Nord-africain

Noir Indien Américain Aléoute/Esquimau N/A Non communiqué

* S'Identifie comme:

Résident à domicile Rien

En situation de handicap Non communiqué Vétéran Autre

Les Membres du Foyer

Nom de famille: _____ * Prénom: _____

* Date de naissance: ____/____/____ (mm/jj/aaaa) Estimé? O N

* Genre:

Masculin Féminin Transgenres Non communiqué Autre

*Relation:

Époux/se fils/fille Parent frère/soeur Petit-fils/fille Grand-parent Autre parent

Conjoint(e) Ami Non communiqué Autre

* Ethnicité:

Caucasien Hispanique Asiatique/Pacifique Moyen-Orient/Nord-africain

Noir Indien Américain Aléoute/Esquimau N/A Non communiqué

* S'Identifie comme:

Résident à domicile Rien

En situation de handicap Non communiqué Vétéran Autre

Nom de famille: _____ * Prénom: _____

* Date de naissance: ____/____/____ (mm/jj/aaaa) Estimé? O N

* Genre:

Masculin Féminin Transgenres Non communiqué Autre

*Relation:

Époux/se fils/fille Parent frère/soeur Petit-fils/fille Grand-parent Autre parent

Conjoint(e) Ami Non communiqué Autre

* Ethnicité:

Caucasien Hispanique Asiatique/Pacifique Moyen-Orient/Nord-africain

Noir Indien Américain Aléoute/Esquimau N/A Non communiqué

* S'Identifie comme:

Résident à domicile Rien

En situation de handicap Non communiqué Vétéran Autre

Nom de famille: _____ * Prénom: _____

* Date de naissance: ____/____/____ (mm/jj/aaaa) Estimé? O N

* Genre:

Masculin Féminin Transgenres Non communiqué Autre

*Relation:

Époux/se fils/fille Parent frère/soeur Petit-fils/fille Grand-parent Autre parent

Conjoint(e) Ami Non communiqué Autre

* Ethnicité:

Caucasien Hispanique Asiatique/Pacifique Moyen-Orient/Nord-africain

Noir Indien Américain Aléoute/Esquimau N/A Non communiqué

* S'Identifie comme:

Résident à domicile Rien

En situation de handicap Non communiqué Vétéran Autre

