

АНКЕТА Food Bank of the Rockies

Дата первого визита в Food Bank: _____

* Фамилия: _____ * Имя: _____

* Дата Рождения: ____/____/____ (дд /мм/гггг) _____

* Пол:

- Мужской Женский Трансгендер Предпочитаю не указывать

* Семейное положение:

- Не женат/ Не замужем Гражданский брак В процессе развода Предпочитаю не указывать
 Женат/Замужем Разведённый(ая) Вдова/вдовец

* Адрес: _____ Адрес (2): _____

Район: _____

* Город: _____ * Штат: _____ * Почтовый индекс: _____

Нет адреса

* Тип жилья:

- Собственный дом Частная аренда
 Государственное (социальное) жильё С семьёй/друзьями
 Эвакуированный(ая) Другое
 Аварийное жильё/Миссия/Переходное Бездомный(ая)
 Предпочитаю не указывать

Электронная почта _____ Телефон _____ Домашний Мобильный Рабочий

Владение языком(и):

- Английский Испанский Tiếng Việt 中文 Русский Другие: _____

Кто порекомендовал: _____

* Этническая принадлежность:

- Белый(ая) Европейец Испаноязычный/латино Азиат/Азиатка Арабский американец
 Афроамериканец Американский Индеец Алеут или эскимос Не подходит Предпочитаю не указывать

* Самоидентифицируется как:

- Ветеран Не подходит Предпочитаю не указывать
 Инвалидность Другое

Общая информация

* Образование:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Классы 0-8 | <input type="checkbox"/> Неполный университет | <input type="checkbox"/> Степень магистра |
| <input type="checkbox"/> Классы 9-11 | <input type="checkbox"/> Профессиональная аккредитация | <input type="checkbox"/> Докторская диссертация |
| <input type="checkbox"/> Диплом средней школы | <input type="checkbox"/> 2-летняя степень | <input type="checkbox"/> Предпочитаю не указывать |
| <input type="checkbox"/> Экзамен эквивалентности | <input type="checkbox"/> 4-летняя степень | |

Страна образования : _____

* Тип занятости:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Военный(ая) | <input type="checkbox"/> Полный день | <input type="checkbox"/> Сезонные работы |
| <input type="checkbox"/> Несколько работ | <input type="checkbox"/> Неполный день | <input type="checkbox"/> Предпочитаю не указывать |
| <input type="checkbox"/> Пенсионер(ка) | <input type="checkbox"/> Безработный(ая) | |
| <input type="checkbox"/> Частый предприниматель(ница) | <input type="checkbox"/> Другое | |
| <input type="checkbox"/> Студент(ка) университета | | |

Ежемесячный доход

* Источники заработка (Заполнить на каждого члена семьи, включая сумму):

- | | | |
|--|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Полный рабочий день | <input type="checkbox"/> Частый предприниматель(ница) | <input type="checkbox"/> SSI |
| <input type="checkbox"/> Неполный рабочий день | <input type="checkbox"/> SSDI | <input type="checkbox"/> OAP |
| <input type="checkbox"/> Зарплата нет | | |

Перечислите всю получаемую государственную помощь (SNAP, SSI, Medicaid Etc.):

Месячные расходы (Указывать не обязательно): _____

Диетические Потребности

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Аллергия на молочные продукты | <input type="checkbox"/> Низкая концентрация соли | <input type="checkbox"/> Аллергия/чувствительность на орехи |
| <input type="checkbox"/> Нет или ограниченное оборудование для приготовления пищи | <input type="checkbox"/> Веганец(ка) | |
| <input type="checkbox"/> Диабет | <input type="checkbox"/> Другое | <input type="checkbox"/> Вегетарианец(ка) |
| <input type="checkbox"/> Аллергия/чувствительность на яйца | <input type="checkbox"/> Аллергия на Арахис | |
| <input type="checkbox"/> Аллергия/чувствительность на Клейковины | <input type="checkbox"/> Аллергия/чувствительность на Морепродукты | |
| <input type="checkbox"/> Кошерная еда | <input type="checkbox"/> Аллергия/чувствительность на соевые | |

Заметки

Члены Семьи

Фамилия: _____ * Имя: _____

* Дата Рождения: ____/____/____ (дд /мм/гггг) Предположительная? Да Нет

* **Пол:**
 Мужской Женский Трансгендер Предпочитаю не указывать

* **Отношение:**
 Муж/Жена Сын/Дочь Родители Брат/Сестра Внук(чка) Дедушка/Бабушка Другой родственник(ца)
 Сожитель(ница) Гражданский Муж/Жена Друг/Подруга Предпочитаю не указывать Другое

* **Этническая принадлежность:**
 Белый(ая) Европейец Испаноязычный/латино Азиат/Азиатка Арабский американец
 Афроамериканец Американский Индеец Алеут или эскимос Не подходит Предпочитаю не указывать

* **Самоидентифицируется как:**
 Ветеран Не подходит Предпочитаю не указывать
 Инвалидность Другое

Фамилия: _____ * Имя: _____

* Дата Рождения: ____/____/____ (дд /мм/гггг) Предположительная? Да Нет

* **Пол:**
 Мужской Женский Трансгендер Предпочитаю не указывать

* **Отношение:**
 Муж/Жена Сын/Дочь Родители Брат/Сестра Внук(чка) Дедушка/Бабушка Другой родственник(ца)
 Сожитель(ница) Гражданский Муж/Жена Друг/Подруга Предпочитаю не указывать Другое

* **Этническая принадлежность:**
 Белый(ая) Европейец Испаноязычный/латино Азиат/Азиатка Арабский американец
 Афроамериканец Американский Индеец Алеут или эскимос Не подходит Предпочитаю не указывать

* **Самоидентифицируется как:**
 Ветеран Не подходит Предпочитаю не указывать
 Инвалидность Другое

Фамилия: _____ * Имя: _____

* Дата Рождения: ____/____/____ (дд /мм/гггг) Предположительная? Да Нет

* **Пол:**
 Мужской Женский Трансгендер Предпочитаю не указывать

* **Отношение:**
 Муж/Жена Сын/Дочь Родители Брат/Сестра Внук(чка) Дедушка/Бабушка Другой родственник(ца)
 Сожитель(ница) Гражданский Муж/Жена Друг/Подруга Предпочитаю не указывать Другое

* **Этническая принадлежность:**
 Белый(ая) Европейец Испаноязычный/латино Азиат/Азиатка Арабский американец
 Афроамериканец Американский Индеец Алеут или эскимос Не подходит Предпочитаю не указывать

* **Самоидентифицируется как:**
 Ветеран Не подходит Предпочитаю не указывать
 Инвалидность Другое