

استمارة القдом العامة لبيانات Link2Feed

معلومات عامة	
* تاريخ الزيارة الأولى لبنك الطعام، إن وجدت: _____	
* اسم العائلة: _____	* الاسم الأول: _____
* تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____	هل تاريخ الميلاد مُحدد؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
* الهوية الجنسية:	
<input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> متحول جنسيًا <input type="checkbox"/> غير الثنائي <input type="checkbox"/> لا شيء مما سبق <input type="checkbox"/> لم أسأل <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة	
* الحالة الاجتماعية: <input type="checkbox"/> متزوج عرفيًا <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> منفصل <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> لم أسأل <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة	
* العنوان: الشارع: _____	
الشارع (الخط 2): _____	
* المدينة: _____	
* المقاطعة: _____	
* الولاية: _____	
* الرمز البريدي: _____	
<input type="checkbox"/> لا يوجد عنوان مُحدد <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة	
* نوع الإسكان: <input type="checkbox"/> تملك <input type="checkbox"/> إيجار <input type="checkbox"/> مأوى طوارئ/فندق/نزل/بلا مسكن <input type="checkbox"/> مع العائلة/الأصدقاء <input type="checkbox"/> لم أسأل <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة	
عنوان/ عناوين البريد الإلكتروني: _____	
رقم/ أرقام الهاتف: _____	
هل تُعد الإنجليزية لغتك الأساسية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كان الجواب لا، فاللغة الأساسية هي: _____	
* مُحال من:	
<input type="checkbox"/> تبادل الأحاديث <input type="checkbox"/> كنيسة أو مؤسسة غير ربحية <input type="checkbox"/> الخدمات الاجتماعية <input type="checkbox"/> عبر الإنترنت <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> لم أسأل	
* العرق:	
سكان ألاسكا الأصليين / ألبوت <input type="checkbox"/> هندي أمريكي/ أمريكي أصلي <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> أسود <input type="checkbox"/> أمريكي من أصل أفريقي <input type="checkbox"/> من أصل إسباني / لاتيني <input type="checkbox"/> الشرق الأوسط / من شمال أفريقيا <input type="checkbox"/> من سكان جزر المحيط الهادي <input type="checkbox"/> أبيض/ أنغلو <input type="checkbox"/> لم أسأل <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة	
* تعريف الذات تحت بند:	
<input type="checkbox"/> الإعاقة <input type="checkbox"/> المحاربين القدامى <input type="checkbox"/> لا شيء <input type="checkbox"/> لم أسأل <input type="checkbox"/> لا أعرف <input type="checkbox"/> أفضل عدم الإجابة	

الدخل الشهري والاستحقاقات للأسرة

*هل يتلقى حالياً أي من أفراد الأسرة المساعدة الغذائية التكميلية (قسائم المعونة الغذائية)؟

لا نعم لم أسأل لا أعرف أفضل عدم الإجابة

* استحقاقات منزلية أخرى - هل يتلقى أي من أفراد الأسرة أيًا مما يلي؟

المساعدة الطبية (Medicaid) برنامج دخل الضمان التكميلي (SSI) برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)
برنامج التغذية التكميلي الخاص للنساء والرضع والأطفال (WIC) استحقاقات أخرى لم أسأل لا أعرف لا توجد استحقاقات
أفضل عدم الإجابة

* دخل الأسرة الشهري - يتوفر دخل شهري للأسرة بأكملها:

إجمالي الدخل الشهري _____ دولار

وقعها مُقدم الطلب أو الوكيل **تمثل وزارة الزراعة الأمريكية مُقدمة فرص متكافئة، وصاحبة العمل، والمقرضة**

التوقيع: تنازلت وزارة الزراعة الأمريكية عن التوقعات بالوقت الحالي بسبب كوفيد-19 التاريخ: _____

يجب ملء هذا الجزء من أحد أفراد الطاقم أو المتطوع بحجرة المون التحقق من أحقية انضمامه لبرنامج المساعدات الغذائية الطارئة المؤقتة (TEFAP)

أفراد الأسرة الآخرين

الاسم الأول: _____ اسم العائلة: _____ الاسم الأوسط: _____

تاريخ الميلاد: _____ النوع: _____ صلة القرابة: _____ العرق / الأصل العرقي: مطابق لرب الأسرة أو

الاسم الأول: _____ اسم العائلة: _____ الاسم الأوسط: _____

تاريخ الميلاد: _____ النوع: _____ صلة القرابة: _____ العرق / الأصل العرقي: مطابق لرب الأسرة أو

الاسم الأول: _____ اسم العائلة: _____ الاسم الأوسط: _____

تاريخ الميلاد: _____ النوع: _____ صلة القرابة: _____ العرق / الأصل العرقي: مطابق لرب الأسرة أو

الاسم الأول: _____ اسم العائلة: _____ الاسم الأوسط: _____

تاريخ الميلاد: _____ النوع: _____ صلة القرابة: _____ العرق / الأصل العرقي: مطابق لرب الأسرة أو

الاسم الأول: _____ اسم العائلة: _____ الاسم الأوسط: _____

تاريخ الميلاد: _____ النوع: _____ صلة القرابة: _____ العرق / الأصل العرقي: مطابق لرب الأسرة أو

الاسم الأول: _____ اسم العائلة: _____ الاسم الأوسط: _____

تاريخ الميلاد: _____ النوع: _____ صلة القرابة: _____ العرق / الأصل العرقي: مطابق لرب الأسرة أو