



Blue Ridge Area  
**FOOD BANK**  
Everyone should have enough to eat.

A member of  
**FEEDING  
AMERICA**

## فرم گردآوری اطلاعات کلی Link2Feed

| اطلاعات کلی                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| * تاریخ اولین مراجعه به بانک غذا، در صورت مشخص بودن: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| * نام خانوادگی: _____ * نام: _____ * حرف اول نام میانی: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| * تاریخ تولد: _____/_____/_____ آیا تاریخ تولد تقریبی است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| * هویت جنسی:<br><input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> غیرباینری <input type="checkbox"/> هیچ کدام <input type="checkbox"/> تراجنسیتی <input type="checkbox"/> نرسیده ام <input type="checkbox"/> ترجیح می دهم پاسخ ندهم                                                                                                                                                                                                                                                         |
| * وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> ازدواج عرفی <input type="checkbox"/> مطلقه <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> جداشده <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> بیوه <input type="checkbox"/> نرسیده ام <input type="checkbox"/> ترجیح می دهم پاسخ ندهم                                                                                                                                                                                                                             |
| * آدرس: خیابان: _____<br>خیابان (خط دوم): _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| * شهر: _____ * شهرستان: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| * ایالت: _____ * زیپ کد: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> بدون آدرس ثابت <input type="checkbox"/> ترجیح می دهم پاسخ ندهم                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| * نوع مسکن: <input type="checkbox"/> مالکیتی <input type="checkbox"/> اجاره ای شخصی <input type="checkbox"/> بی خانمان/پناهگاه/اسکان موقت/هتل<br><input type="checkbox"/> با خانواده/دوستان <input type="checkbox"/> نرسیده ام <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> ترجیح می دهم پاسخ ندهم                                                                                                                                                                                                            |
| آدرس (های) ایمیل: _____<br>شماره (های) تلفن: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| آیا انگلیسی زبان اول شماست؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر خیر، زبان اول شما چیست: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| * معرفی شده توسط: <input type="checkbox"/> معرفی آشنایان <input type="checkbox"/> کلیسا یا سازمان غیرانتفاعی <input type="checkbox"/> آنلاین <input type="checkbox"/> خدمات اجتماعی <input type="checkbox"/> نرسیده ام <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> ترجیح می دهم پاسخ ندهم                                                                                                                                                                                      |
| * قومیت:<br><input type="checkbox"/> بومی آلاسکا / آلیوت <input type="checkbox"/> سرخپوست آمریکا / بومی آمریکا <input type="checkbox"/> آسیایی <input type="checkbox"/> سیاه پوست / آمریکایی آفریقایی <input type="checkbox"/> اسپانیایی تبار / لاتین <input type="checkbox"/> خاورمیانه / شمال آفریقا <input type="checkbox"/> جزایر اقیانوس آرام .. <input type="checkbox"/> سفیدپوست / انگلیسی زبان <input type="checkbox"/> نرسیده ام <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> ترجیح می دهم پاسخ ندهم |
| * خود را کدام یک از موارد زیر می دانید:<br><input type="checkbox"/> معلول <input type="checkbox"/> کهنه سرباز <input type="checkbox"/> هیچ کدام <input type="checkbox"/> نرسیده ام <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> ترجیح می دهم پاسخ ندهم                                                                                                                                                                                                                                                        |

### درآمد ماهانه و برنامه‌های اجتماعی خانوار

\* آیا کسی از خانوار در حال حاضر SNAP (ژتون غذا) دریافت می‌کند؟

خیر  بله  نپرسیده‌ام  نمی‌دانم  ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

\* سایر مزایای خانوار -- آیا کسی در خانوار شما هر یک از مساعدت‌های زیر را دریافت می‌کند؟

Medicaid  درآمد تأمیینی تکمیلی (SSI)  مساعدت موقت برای خانواده‌های نیازمند (TANF)  
 (WIC)  سایر مزایا  نپرسیده‌ام  نمی‌دانم  
 بدون مزایا  ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

\* درآمد ماهانه خانوار -- مبلغ درآمد ماهانه برای «کل خانوار» را بنویسید:

کل درآمد ماهانه \_\_\_\_\_ دلار

امضاشده توسط متقاضی یا نماینده او \*\*USDA یک ارائه‌دهنده فرصت‌های برابر، کارفرما و وام‌دهنده است\*\*

امضا: به دلیل کووید، USDA در حال حاضر الزامی برای امضا ندارد تاریخ: \_\_\_\_\_

این بخش باید توسط داوطلب/کارمند انبار غذا تکمیل شود:  در صورت واجد شرایط بودن برای TEFAP، علامت بزنید

### سایر اعضای خانوار

نام: \_\_\_\_\_ نام خانوادگی: \_\_\_\_\_ حرف اول نام میانی: \_\_\_\_\_

تاریخ تولد: \_\_\_\_\_ جنسیت: \_\_\_\_\_ نسبت: \_\_\_\_\_ نژاد/قومیت:  یکسان با سرپرست خانوار یا

نام: \_\_\_\_\_ نام خانوادگی: \_\_\_\_\_ حرف اول نام میانی: \_\_\_\_\_

تاریخ تولد: \_\_\_\_\_ جنسیت: \_\_\_\_\_ نسبت: \_\_\_\_\_ نژاد/قومیت:  یکسان با سرپرست خانوار یا

نام: \_\_\_\_\_ نام خانوادگی: \_\_\_\_\_ حرف اول نام میانی: \_\_\_\_\_

تاریخ تولد: \_\_\_\_\_ جنسیت: \_\_\_\_\_ نسبت: \_\_\_\_\_ نژاد/قومیت:  یکسان با سرپرست خانوار یا

نام: \_\_\_\_\_ نام خانوادگی: \_\_\_\_\_ حرف اول نام میانی: \_\_\_\_\_

تاریخ تولد: \_\_\_\_\_ جنسیت: \_\_\_\_\_ نسبت: \_\_\_\_\_ نژاد/قومیت:  یکسان با سرپرست خانوار یا

نام: \_\_\_\_\_ نام خانوادگی: \_\_\_\_\_ حرف اول نام میانی: \_\_\_\_\_

تاریخ تولد: \_\_\_\_\_ جنسیت: \_\_\_\_\_ نسبت: \_\_\_\_\_ نژاد/قومیت:  یکسان با سرپرست خانوار یا

نام: \_\_\_\_\_ نام خانوادگی: \_\_\_\_\_ حرف اول نام میانی: \_\_\_\_\_

تاریخ تولد: \_\_\_\_\_ جنسیت: \_\_\_\_\_ نسبت: \_\_\_\_\_ نژاد/قومیت:  یکسان با سرپرست خانوار یا

---