



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

A member of
**FEEDING
AMERICA**

लिंक2फीड (Link2Feed) सामान्य प्रवेश फॉर्म

सामान्य जानकारी
<p>* फूड बैंक में पहली बार जाने की तारीख, यदि पता हो: _____</p> <p>* कुलनाम: _____ * प्रथम नाम: _____ मध्य का आक्षर: _____</p> <p>* जन्म की तारीख: ____/____/____ क्या जन्म की तारीख अनुमानित है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं</p>
<p>* लिंग पहचान:</p> <p><input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> नॉन-बाइनरी <input type="checkbox"/> इनमें से कोई नहीं <input type="checkbox"/> ट्रांसजेंडर <input type="checkbox"/> नहीं पूछा <input type="checkbox"/> उत्तर नहीं देना चाहते</p>
<p>* वैवाहिक स्थिति: <input type="checkbox"/> कॉमन-लॉ <input type="checkbox"/> तलाकशुदा <input type="checkbox"/> विवाहित <input type="checkbox"/> अलग रह रहे <input type="checkbox"/> सिंगल <input type="checkbox"/> विधवा/विधुर <input type="checkbox"/> नहीं पूछा</p> <p><input type="checkbox"/> पता नहीं <input type="checkbox"/> उत्तर नहीं देना चाहते</p>
<p>* पता: स्ट्रीट: _____</p> <p>स्ट्रीट (पंक्ति 2): _____</p> <p>* शहर: _____ काउंटी: _____</p> <p>* राज्य: _____ * ज़िप कोड: _____</p> <p><input type="checkbox"/> कोई स्थायी पता नहीं <input type="checkbox"/> उत्तर नहीं देना चाहते</p> <p>* आवास का प्रकार: <input type="checkbox"/> स्वयं का घर <input type="checkbox"/> किराए का निजी घर <input type="checkbox"/> बेघर/शरण/अस्थायी आवास/होटल</p> <p><input type="checkbox"/> परिवार/मित्रों के साथ <input type="checkbox"/> नहीं पूछा <input type="checkbox"/> पता नहीं <input type="checkbox"/> उत्तर नहीं देना चाहते</p>
<p>ईमेल पता(ते): _____</p> <p>फोन नंबर: _____</p>
<p>क्या अंग्रेजी आपकी प्राथमिक भाषा है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं - यदि नहीं, तो प्राथमिक भाषा: _____</p>
<p>* किसने रेफर किया: <input type="checkbox"/> दूसरों से सुना <input type="checkbox"/> चर्च या गैर-लाभ संस्था <input type="checkbox"/> ऑनलाइन <input type="checkbox"/> सामाजिक सेवाएं <input type="checkbox"/> नहीं पूछा</p> <p><input type="checkbox"/> पता नहीं <input type="checkbox"/> अन्य <input type="checkbox"/> उत्तर नहीं देना चाहते</p>
<p>* जातीयता: <input type="checkbox"/> अलास्का मूल निवासी / अलूट <input type="checkbox"/> अमेरिकी भारतीय / मूल अमेरिकी <input type="checkbox"/> एशियाई <input type="checkbox"/> अश्वेत / अफ्रीकी अमेरिकी <input type="checkbox"/> हिस्पैनिक / लैटिनो <input type="checkbox"/> मध्य पूर्वी / उत्तरी अफ्रीकी <input type="checkbox"/> पैसिफिक द्वीपवासी <input type="checkbox"/> श्वेत/एंग्लो <input type="checkbox"/> नहीं पूछा <input type="checkbox"/> पता नहीं <input type="checkbox"/> उत्तर नहीं देना चाहते</p>
<p>* स्वयं की पहचान: <input type="checkbox"/> विकलांगता <input type="checkbox"/> पूर्व सैनिक <input type="checkbox"/> कोई नहीं <input type="checkbox"/> नहीं पूछा <input type="checkbox"/> पता नहीं <input type="checkbox"/> उत्तर नहीं देना चाहते</p>

घर के सामाजिक कार्यक्रम और मासिक आय

* क्या घर में कोई भी व्यक्ति वर्तमान में SNAP (फूड स्टैम्प) प्राप्त करता है?

नहीं हाँ नहीं पूछा पता नहीं उत्तर नहीं देना चाहते

* घर के अन्य लाभ - क्या आपके घर का कोई व्यक्ति निम्नलिखित में से कोई भी प्राप्त करता है?

मेडिकेड (SSI) पूरक सुरक्षा आय (TANF) ज़रूरतमंद परिवारों के लिए अस्थायी सहायता
 (WIC) अन्य लाभ नहीं पूछा पता नहीं कोई लाभ नहीं उत्तर नहीं देना चाहते

* घर की मासिक आय - पूरे घर की मासिक आय राशि प्रदान करें

कुल मासिक आय \$ _____

आवेदक या प्रतिनिधि द्वारा हस्ताक्षरित ** USDA समान अवसर प्रदाता, नियोक्ता और ऋणदाता है**

हस्ताक्षर: USDA ने COVID के कारण हस्ताक्षर से फिलहाल छूट दी हुई है तारीख: _____

यह भाग पेंटी वालंटियर/स्टाफ द्वारा भरा जाना है: यदि TEFAP के लिए पात्र हों, तो निशान लगाएं

घर के अन्य सदस्य

प्रथम नाम: _____ कुलनाम: _____ मध्य आयक्षर: _____

DOB: _____ लिंग: _____ संबंध: _____ प्रजाति/जातीयता: घर के मुखिया के समान या _____

प्रथम नाम: _____ कुलनाम: _____ मध्य आयक्षर: _____

DOB: _____ लिंग: _____ संबंध: _____ प्रजाति/जातीयता: घर के मुखिया के समान या _____

प्रथम नाम: _____ कुलनाम: _____ मध्य आयक्षर: _____

DOB: _____ लिंग: _____ संबंध: _____ प्रजाति/जातीयता: घर के मुखिया के समान या _____

प्रथम नाम: _____ कुलनाम: _____ मध्य आयक्षर: _____

DOB: _____ लिंग: _____ संबंध: _____ प्रजाति/जातीयता: घर के मुखिया के समान या _____

प्रथम नाम: _____ कुलनाम: _____ मध्य आयक्षर: _____

DOB: _____ लिंग: _____ संबंध: _____ प्रजाति/जातीयता: घर के मुखिया के समान या _____

प्रथम नाम: _____ कुलनाम: _____ मध्य आयक्षर: _____

DOB: _____ लिंग: _____ संबंध: _____ प्रजाति/जातीयता: घर के मुखिया के समान या _____