



## 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؟  بله  خیر

\* آدرس: خیابان: \_\_\_\_\_

خیابان (خط دوم): \_\_\_\_\_

\* شهر: \_\_\_\_\_ \* ایالت: \_\_\_\_\_ \* کد پستی: \_\_\_\_\_

\* شهرستان: \_\_\_\_\_

بدون آدرس ثابت

\* نوع مسکن:  اجاره‌ای  مالکیتی  با خانواده/دوستان  پناهگاه اورژانسی/هتل/متل/بدون مسکن

ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم  نمی‌دانم  نپرسیده‌ام

### درآمد و مزایای ماهانه خانوار

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

بدون درآمد

کل درآمد ماهانه \$ \_\_\_\_\_

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

خیر  بله  نمی‌دانم  ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم  نپرسیده‌ام

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

مساعدت تغذیه تکمیلی (SNAP) - «ژتون‌های غذا»  مساعدت موقت برای خانواده‌های

د تأمینی تکمیلی (SSI)  نیازمند (TANF)

Medicaid

باید توسط داوطلب/کارمند انبار غذا تکمیل شود

ورت واجد شرایط بودن برای TEFAP، علامت بزنید

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: \_\_\_\_\_

\* هویت جنسی:  زن  مرد  ترانسجیندی  غیرباینری

هیچ‌کدام  ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم  نپرسیده‌ام

\* وضعیت تأهل: □ مجرد □ متأهل □ ازدواج عرفی □ مطلقه □ جداشده □ بیوه □ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم □  
نمی‌دانم □ نپرسیده‌ام

آدرس(های) ایمیل: \_\_\_\_\_

شماره(های) تلفن: \_\_\_\_\_

آیا انگلیسی زبان اول شماست؟ □ بله □ خیر □ اگر خیر، زبان اول شما چیست: \_\_\_\_\_  
\* معرفی شده توسط:

□ معرفی آشنایان □ کلیسا یا سازمان غیرانتفاعی □ خدمات اجتماعی □ آنلاین □ سایر

□ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم □ نمی‌دانم □ نپرسیده‌ام

\* قومیت:

□ سفیدپوست / انگلیسی زبان □ آسیایی □ هیچ‌کدام

□ سیاه‌پوست / امریکایی آفریقایی □ بومی آلاسکا / آلیوت □ سایر

□ اسپانیایی تبار / لاتین □ خاورمیانه / شمال آفریقا □ افشا نمی‌شود

□ سرخپوست امریکا / بومی امریکا □ جزایر اقیانوس آرام

\* خود را کدام یک از موارد زیر می‌دانید:

□ معلول □ کهنه‌سرباز □ هیچ‌کدام □ نمی‌دانم □ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم □ نپرسیده‌ام

### 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