¡Bienvenido al Food Bank of Northern Nevada! Con el fin de asistirle mejor a usted y a su familia le pedimos que se tome unos minutos para llenar este breve formulario. Sus respuestas **DE NINGUNA MANERA** **afectarán el que reciba comida hoy o en el futuro.** Hacemos estas preguntas con el fin de conocerle y tener un mejor entendimiento de cómo podemos atender las necesidades de nuestra comunidad. Si tiene alguna pregunta o duda, por favor no dude en preguntarle a cualquier empleado del o voluntario del banco de comida. *¡Muchas Gracias y que tenga un estupendo día!*

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Género: Masculino/Femenino

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tipo de teléfono: Móvil \* - Fijo - Mensaje Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\*Food Bank of Northern Nevada puede usar esta información para mes/día/año  
contactarlo con respecto a actualizaciones importantes del programa.

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Etnicidad (Favor de marcar una)** \_\_\_\_\_\_Hispano o Latino \_\_\_\_\_\_No Hispano o Latino |

Aptó # Ciudad Estado Código Postal

|  |
| --- |
| **Raza (marque todo lo que sea aplicable)** \_\_\_\_\_\_Blanco \_\_\_\_\_Indio americano o nativo de Alaska  \_\_\_\_\_\_Asiático \_\_\_\_\_Negro o Africano Americano  \_\_\_\_\_\_Nativo de Hawái o Islas del Pacifico |

**Favor de anotar los nombres, cumpleaños, géneros, etnicidad y raza de todas las personas que viven en el hogar:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre completo de los miembros en su hogar-  No se incluya.** | **Fecha de nacimiento** mes/día/año | **Género** | **Hispano (Si/No)?** | **Raza** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **¿Cuál es el ingreso TOTAL de su hogar? (Incluya el ingreso de TODOS los miembros en el hogar y todo tipo de ingreso: salarios, beneficios del seguro social, discapacidad, etc.): $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por mes.**
2. **¿Durante los últimos 12 meses le ha preocupado** **que se le acaben los alimentos antes de tener dinero para comprar más?**  Sí  No
3. **¿Durante los últimos 12 meses los alimentos que compro no le alcanzaron y no tuvo dinero para comprar más?**

Sí  No

1. **¿Alguna vez ha aplicado usted o su familia para los beneficios de SNAP (estampillas para comida)?**

Sí  No

1. **¿Si han aplicado para estampillas, actualmente están recibiendo estos beneficios?**

Sí  No

1. **¿Es usted o cualquier persona en el hogar un miembro de las fuerzas militares o veterano militar?**

Sí  No

1. **¿Actualmente tiene usted o cualquier miembro de su hogar cobertura médica?**

Si, toda la familia  No  Solo yo  Solo los niños  Solo mi esposo/a  Otro miembro del hogar

1. **¿Qué tipo de cobertura médica tienen los miembros del hogar?** ***(Marque todo lo que aplique)***

Seguro privado  Medicare/Medicaid  Discapacidad  Beneficios de Veterano  Servicios para Indios Nativos

1. **¿Usted o algún miembro en su hogar reciben cualquier asistencia para comida enlistados aquí abajo? *(Todo lo que aplique)***

Programas de nutrición para personas mayores  Otras despensas  Cocina de Beneficencia

Desayuno/Almuerzo de Escuela  Programa Alimenticio de Verano para niños  WIC (Mujeres, Infantiles & niños)  
 Artículos alimentarios tribales

1. **¿Cómo ha impactado COVID-19 su necesidad de alimentos?**

Nada  Algo  Mucho

“*Entiendo que la información básica que me identifica y las transacciones de servicios no confidenciales serán compartidos en un sistema de datos que es administrado por Food Bank of Northern Nevada llamado “Oasis Insight.”*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Fecha