

¡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!* **FBNN es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.**

Nombre: _____ Email: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Militar Activo/Veterano Yes No mes/día/año

Cuál te describe mejor?(círculo uno) Mujer Hombre No binario Pprefiero no decir, Prefiero: _____

*Teléfono:() _____ Tipo de teléfono: Móvil - Fijo - Mensaje

*Usamos esta información para contactarlo con respecto a actualizaciones importantes del program

Dirección: _____
 Aptó # Ciudad Estado Código Postal

Etnicidad (Favor de marcar una) _____ Hispano o Latino _____ No Hispano o Latino

Raza (marque todo lo que aplique) _____ Blanco _____ Indio americano o nativo de Alaska
 _____ Asiático _____ Negro o Africano Americano
 _____ No Listado _____ 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- <u>No se incluya.</u>	Fecha de nacimiento mes/día/año	Género	Militar Activo/Vet	Hispano (Si/No)?	Raza

¿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.

- ¿Durante los últimos 12 meses le ha preocupado que se le acaben los alimentos antes de tener dinero para comprar más?
 Sí No
- ¿Durante los últimos 12 meses los alimentos que compro no le alcanzaron y no tuvo dinero para comprar más?
 Sí No
- ¿Durante los últimos 12 meses usted o cualquier persona en el hogar aplicado para los beneficios de SNAP (estampillas para comida)?
 Sí, y fue negado Sí, y actualmente estoy recibiendo beneficios No No, actualmente recibiendo FDIPIR
- ¿Sabe que el Banco de Alimentos del Norte de Nevada ayuda con las solicitudes de SNAP?
 Si No
- ¿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
- ¿Qué tipo de cobertura médica tienen los miembros del hogar? (Marque todo lo que aplique)
 Seguro privado Medicare/Medicaid Beneficios de Veterano Servicios para Indios Nativos Discapacidad
- ¿Cuáles son los tipos de alimentos favoritos de su hogar? _____
- ¿Qué cree que causa la necesidad de asistencia alimentaria? (Marque todo lo que corresponda) Costo de Viviendas
 Transportacion Cuidado de Hijos Racismo Estructural (Cuando las reglas y los sistemas tratan injustamente a las personas en función de la raza) Salarios Bajos Otros _____
- ¿Usted o algún miembro en su hogar reciben cualquier asistencia de comida de estos programas? (Marque todo lo que aplique) Otras despensas Programa de almuerzo escolares Programa alimentacion de verano para niños
 Kids Cafe POW (Produce on Wheels) Programa de nutrición para personas mayores SNWP/CSFP Mobile Harvest

"Entiendo que mis transacciones/información de servicio básica, identificable y no confidencial se compartirán en una base de datos electrónica de casos compartidos administrada por el Banco de Alimentos del Norte de Nevada llamada "Oasis Insight".

Firma _____ Fecha _____ Distribución/Condado: _____