

Bem-vindo à Citizens Inn's despensa de alimentos. Servimos moradores de Peabody, Salem, e Lynnfield que estão tendo problemas para colocar comida na mesa. Uma vez por ano, vamos pedir-lhe para fornecer informações básicas sobre o seu agregado familiar, incluindo os rendimentos e outras informações demográficas. Esta informação nos ajuda a obter as doações e financiamento que nos permite atendê-lo. Também pedimos que você nos notificar quando nenhuma de suas informações alterações. A sua privacidade é importante para nós; nós não compartilhamos informações de identificação pessoal com doadores ou financiadores.

Imprima Por Favor!

1. Nome do Chefe da Família

#1 **Nome:** _____ **Data de Nascimento:** _____
Nome Próprio _____ Apelido _____ Mês/Dia/Ano _____
Sexo: Masculino Feminino **Veterano EUA?** Sim Não **Latino ou hispânico?** Sim Não
Raça (Verifique apenas uma caixa):
 Branco Multirracial: Índio Americano ou Nativo do Alasca e Branco
 Preto ou Americano Africano Multirracial: Asiático e Branco
 Asiático Multirracial: Preto ou Americano Africano e Branco
 Nativo Havaiano ou Outra Ilha do Pacífico Multirracial: Índio Americano ou Nativo do Alasca e Preto ou Americano Africano
 Índio Americano ou Nativo do Alasca Multirracial: Outro

2. Endereço de Email: _____

3. Endereço: _____ 4. Endereço para Correspondência (se diferente do endereço de rua): _____

Nome da Rua e Número _____ nº do apartamento _____ Endereço _____ nº do apartamento _____
Cidade _____ Estado _____ ZIP _____ Cidade _____ Estado _____ ZIP _____

5. Telefones: _____ Celular _____ Casa _____ Outro _____

6. Se qualquer membro do seu agregado familiar recebe benefícios do SNAP (vales-alimentação)?

- Sim
 Não
 Desconhecido

7. Você é uma mãe solteira ou pai solteiro?

- Sim
 Não

8. Sua Situação Habitacional

Marque a caixa que melhor se aplica:

- Própria (ou comprar) casa Viver com parentes Sem casa
 Alugar Movimentar-se Outro — Descreva por favor: _____
 Vivo com amigos No abrigo desabrigado _____

9. Nível de Ensino

Marque mais alto nível de ensino concluído por qualquer pessoa em sua casa.

- Universidade Algum Colégio
 Diploma Colegial ou GED Escola Primária

10. Outros Membros da Família

#2 **Nome:** _____ **Data de Nascimento:** _____
Nome Próprio Apellido Mês/Dia/Ano

Sexo: Masculino Feminino **Veterano EUA?** Sim Não **Latino ou hispânico?** Sim Não

Raça (Verifique apenas uma caixa):

<input type="checkbox"/> Branco	<input type="checkbox"/> Multirracial: Índio Americano ou Nativo do Alasca e Branco
<input type="checkbox"/> Preto ou Americano Africano	<input type="checkbox"/> Multirracial: Asiático e Branco
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Multirracial: Preto ou Americano Africano e Branco
<input type="checkbox"/> Nativo Havaiano ou Outra Ilha do Pacífico	<input type="checkbox"/> Multirracial: Índio Americano ou Nativo do Alasca e Preto ou Americano Africano
<input type="checkbox"/> Índio Americano ou Nativo do Alasca	<input type="checkbox"/> Multirracial: Outro

#3 **Nome:** _____ **Data de Nascimento:** _____
Nome Próprio Apellido Mês/Dia/Ano

Sexo: Masculino Feminino **Veterano EUA?** Sim Não **Latino ou hispânico?** Sim Não

Raça (Verifique apenas uma caixa):

<input type="checkbox"/> Branco	<input type="checkbox"/> Multirracial: Índio Americano ou Nativo do Alasca e Branco
<input type="checkbox"/> Preto ou Americano Africano	<input type="checkbox"/> Multirracial: Asiático e Branco
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Multirracial: Preto ou Americano Africano e Branco
<input type="checkbox"/> Nativo Havaiano ou Outra Ilha do Pacífico	<input type="checkbox"/> Multirracial: Índio Americano ou Nativo do Alasca e Preto ou Americano Africano
<input type="checkbox"/> Índio Americano ou Nativo do Alasca	<input type="checkbox"/> Multirracial: Outro

#4 **Nome:** _____ **Data de Nascimento:** _____
Nome Próprio Apellido Mês/Dia/Ano

Sexo: Masculino Feminino **Veterano EUA?** Sim Não **Latino ou hispânico?** Sim Não

Raça (Verifique apenas uma caixa):

<input type="checkbox"/> Branco	<input type="checkbox"/> Multirracial: Índio Americano ou Nativo do Alasca e Branco
<input type="checkbox"/> Preto ou Americano Africano	<input type="checkbox"/> Multirracial: Asiático e Branco
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Multirracial: Preto ou Americano Africano e Branco
<input type="checkbox"/> Nativo Havaiano ou Outra Ilha do Pacífico	<input type="checkbox"/> Multirracial: Índio Americano ou Nativo do Alasca e Preto ou Americano Africano
<input type="checkbox"/> Índio Americano ou Nativo do Alasca	<input type="checkbox"/> Multirracial: Outro

#5 **Nome:** _____ **Data de Nascimento:** _____
Nome Próprio Apellido Mês/Dia/Ano

Sexo: Masculino Feminino **Veterano EUA?** Sim Não **Latino ou hispânico?** Sim Não

Raça (Verifique apenas uma caixa):

<input type="checkbox"/> Branco	<input type="checkbox"/> Multirracial: Índio Americano ou Nativo do Alasca e Branco
<input type="checkbox"/> Preto ou Americano Africano	<input type="checkbox"/> Multirracial: Asiático e Branco
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Multirracial: Preto ou Americano Africano e Branco
<input type="checkbox"/> Nativo Havaiano ou Outra Ilha do Pacífico	<input type="checkbox"/> Multirracial: Índio Americano ou Nativo do Alasca e Preto ou Americano Africano
<input type="checkbox"/> Índio Americano ou Nativo do Alasca	<input type="checkbox"/> Multirracial: Outro

#6 **Nome:** _____ **Data de Nascimento:** _____
Nome Próprio Apellido Mês/Dia/Ano

Sexo: Masculino Feminino **Veterano EUA?** Sim Não **Latino ou hispânico?** Sim Não

Raça (Verifique apenas uma caixa):

<input type="checkbox"/> Branco	<input type="checkbox"/> Multirracial: Índio Americano ou Nativo do Alasca e Branco
<input type="checkbox"/> Preto ou Americano Africano	<input type="checkbox"/> Multirracial: Asiático e Branco
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Multirracial: Preto ou Americano Africano e Branco
<input type="checkbox"/> Nativo Havaiano ou Outra Ilha do Pacífico	<input type="checkbox"/> Multirracial: Índio Americano ou Nativo do Alasca e Preto ou Americano Africano
<input type="checkbox"/> Índio Americano ou Nativo do Alasca	<input type="checkbox"/> Multirracial: Outro

#7 **Nome:** _____ **Data de Nascimento:** _____
Nome Próprio Apellido Mês/Dia/Ano

Sexo: Masculino Feminino **Veterano EUA?** Sim Não **Latino ou hispânico?** Sim Não

Raça (Verifique apenas uma caixa):

<input type="checkbox"/> Branco	<input type="checkbox"/> Multirracial: Índio Americano ou Nativo do Alasca e Branco
<input type="checkbox"/> Preto ou Americano Africano	<input type="checkbox"/> Multirracial: Asiático e Branco
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Multirracial: Preto ou Americano Africano e Branco
<input type="checkbox"/> Nativo Havaiano ou Outra Ilha do Pacífico	<input type="checkbox"/> Multirracial: Índio Americano ou Nativo do Alasca e Preto ou Americano Africano
<input type="checkbox"/> Índio Americano ou Nativo do Alasca	<input type="checkbox"/> Multirracial: Outro

#8 Nome: _____ **Data de Nascimento:** _____
Nome Próprio Apellido Mês/Dia/Ano

Sexo: Masculino Feminino **Veterano EUA?** Sim Não **Latino ou hispânico?** Sim Não

Raça (Verifique apenas uma caixa):

<input type="checkbox"/> Branco	<input type="checkbox"/> Multirracial: Índio Americano ou Nativo do Alasca e Branco
<input type="checkbox"/> Preto ou Americano Africano	<input type="checkbox"/> Multirracial: Asiático e Branco
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Multirracial: Preto ou Americano Africano e Branco
<input type="checkbox"/> Nativo Havaiano ou Outra Ilha do Pacífico	<input type="checkbox"/> Multirracial: Índio Americano ou Nativo do Alasca e Preto ou Americano Africano
<input type="checkbox"/> Índio Americano ou Nativo do Alasca	<input type="checkbox"/> Multirracial: Outro

#9 Nome: _____ **Data de Nascimento:** _____
Nome Próprio Apellido Mês/Dia/Ano

Sexo: Masculino Feminino **Veterano EUA?** Sim Não **Latino ou hispânico?** Sim Não

Raça (Verifique apenas uma caixa):

<input type="checkbox"/> Branco	<input type="checkbox"/> Multirracial: Índio Americano ou Nativo do Alasca e Branco
<input type="checkbox"/> Preto ou Americano Africano	<input type="checkbox"/> Multirracial: Asiático e Branco
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Multirracial: Preto ou Americano Africano e Branco
<input type="checkbox"/> Nativo Havaiano ou Outra Ilha do Pacífico	<input type="checkbox"/> Multirracial: Índio Americano ou Nativo do Alasca e Preto ou Americano Africano
<input type="checkbox"/> Índio Americano ou Nativo do Alasca	<input type="checkbox"/> Multirracial: Outro

#10 Nome: _____ **Data de Nascimento:** _____
Nome Próprio Apellido Mês/Dia/Ano

Sexo: Masculino Feminino **Veterano EUA?** Sim Não **Latino ou hispânico?** Sim Não

Raça (Verifique apenas uma caixa):

<input type="checkbox"/> Branco	<input type="checkbox"/> Multirracial: Índio Americano ou Nativo do Alasca e Branco
<input type="checkbox"/> Preto ou Americano Africano	<input type="checkbox"/> Multirracial: Asiático e Branco
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Multirracial: Preto ou Americano Africano e Branco
<input type="checkbox"/> Nativo Havaiano ou Outra Ilha do Pacífico	<input type="checkbox"/> Multirracial: Índio Americano ou Nativo do Alasca e Preto ou Americano Africano
<input type="checkbox"/> Índio Americano ou Nativo do Alasca	<input type="checkbox"/> Multirracial: Outro

11. Quantas vezes é que alguém em sua família pular refeições, porque lhe falta o alimento?

Verifique apenas uma caixa.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Todos os dias | <input type="checkbox"/> De vez em quando | <input type="checkbox"/> Nunca |
| <input type="checkbox"/> Todas as semanas | <input type="checkbox"/> Quase nunca | <input type="checkbox"/> Outro — Especifique por favor: |

12. Razões para a necessidade da despesa de alimentos

Verifique todas as caixas que se aplicam.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sem trabalho | <input type="checkbox"/> Teve despesas extras este mês | <input type="checkbox"/> Esperando SNAP (vales-alimentação) or um cheque. |
| <input type="checkbox"/> Sem renda | <input type="checkbox"/> Inelegíveis para o benefícios do SNAP (vales-alimentação) | <input type="checkbox"/> Outro — Especifique por favor: |
| <input type="checkbox"/> Não é possível encontrar trabalho | <input type="checkbox"/> Benefícios do SNAP (vales-alimentação) acabou | |
| <input type="checkbox"/> Incapacitado(a) e incapaz de trabalhar | | |
| <input type="checkbox"/> Baixa renda | | |

13. Emprego

Verifique todas as caixas que se aplicam.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Emprego a tempo inteiro | <input type="checkbox"/> Estudante | <input type="checkbox"/> Incapacitado(a) – permanente |
| <input type="checkbox"/> Emprego a tempo parcial | <input type="checkbox"/> Aposentado | <input type="checkbox"/> Outro — Especifique por favor: |
| <input type="checkbox"/> Sem renda | <input type="checkbox"/> Incapacitado(a) – temporária | |

14. Benefícios

Verifique todas as caixas que se aplicam.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> MassHealth (Medicaid) | <input type="checkbox"/> Auxílio do Veterano | <input type="checkbox"/> Habitação Pública o subsidiado or Cupom para Seção 8 |
| <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> Nenhum |
| <input type="checkbox"/> Segurança Social | <input type="checkbox"/> AFDC/ Ajuda Transitória | <input type="checkbox"/> Outro — Especifique por favor: |
| <input type="checkbox"/> Segurança Social Deficiência (SSDI) | <input type="checkbox"/> Assistência de Combustível | |
| <input type="checkbox"/> Renda de Segurança Suplementar (SSI) | <input type="checkbox"/> Head Start | |

15. Você usa outras despesas de alimentos?

- Sim Se sim, quais? _____
- Não

16. Você participa em nenhum dos outros programas do Haven from Hunger?

Verifique todas as caixas que se aplicam.

- As Refeições Comunitárias
- Mercado Móvel
- Refeições de Verão para Crianças

17. Receitas e Despesas das Famílias

Verifique todas as caixas que se aplicam. Também incluem quantidades e frequência.

Fonte(s) de Renda	Quantidade	Frequência			
<input type="checkbox"/> Salário de 1º Emprego	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> bi-semanal	<input type="checkbox"/> mensal	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> Salário de 2º Emprego	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> bi-semanal	<input type="checkbox"/> mensal	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> Salário de 3º Emprego	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> bi-semanal	<input type="checkbox"/> mensal	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> Salário de 4º Emprego	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> bi-semanal	<input type="checkbox"/> mensal	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> SNAP (Food Stamps)	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> bi-semanal	<input type="checkbox"/> mensal	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> Benefícios de Desemprego	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> bi-semanal	<input type="checkbox"/> mensal	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> Seguro Social	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> bi-semanal	<input type="checkbox"/> mensal	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> Manutenção de Apoio Infantil	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> bi-semanal	<input type="checkbox"/> mensal	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> Seguro Social por Incapacidade (SSDI)	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> bi-semanal	<input type="checkbox"/> mensal	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI)	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> bi-semanal	<input type="checkbox"/> mensal	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> Pension	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> bi-semanal	<input type="checkbox"/> mensal	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> Pension de Veterano	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> bi-semanal	<input type="checkbox"/> mensal	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> Sem Renda					

Despesas	Quantidade	Frequência			
<input type="checkbox"/> Aluguel (ou Hipoteca)	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> bi-semanal	<input type="checkbox"/> mensal	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> Utilitários (electricidade, gás)	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> bi-semanal	<input type="checkbox"/> mensal	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> Transporte	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> bi-semanal	<input type="checkbox"/> mensal	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> Despesas Médicas	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> bi-semanal	<input type="checkbox"/> mensal	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> Manutenção de Apoio Infantil (Pagamento)	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> bi-semanal	<input type="checkbox"/> mensal	<input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> Outro	\$	<input type="checkbox"/> semanal	<input type="checkbox"/> bi-semanal	<input type="checkbox"/> mensal	<input type="checkbox"/> anual

18. Declaração de Necessidade e Verificação de Renda

Ao assinar abaixo, certifico que minha família precisa de comida e certifica que as informações que eu forneci são verdadeiras e corretas para o melhor de meu conhecimento e crença.

Nome Impresso (Nome Próprio e Apelido)

Assinatura

Data

NOTA: Haven from Hunger não discrimina com base em raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência, sexo, estado civil, situação familiar, a condição de pais, religião, orientação sexual, informação genética, crenças políticas, ou porque a totalidade ou parte da renda de um indivíduo é derivado de qualquer programa de assistência pública.