



Blue Ridge Area

FOOD BANK

Everyone should have enough to eat.

A member of
FEEDING
AMERICA

استمارة القдом العامة لبيانات Link2Feed

معلومات عامة

* تاريخ الزيارة الأولى لبنك الطعام، إن وجدت: _____

* اسم العائلة: _____ * الاسم الأول: _____ * الاسم الأوسط: _____

* تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____ هل تاريخ الميلاد مُحدد؟ نعم لا

* الهوية الجنسية:

أنثى ذكر متحول جنسيًا غير الثنائي لا شيء مما سبق لم أسأل أفضل عدم الإجابة

* الحالة الاجتماعية: متزوج عرفيًا مطلق متزوج منفصل أعزب أرمل لم أسأل لا أعرف

أفضل عدم الإجابة

* العنوان: الشارع: _____

الشارع (الخط 2): _____

* المدينة: _____

* المقاطعة: _____

* الولاية: _____

* الرمز البريدي: _____

لا يوجد عنوان مُحدد أفضل عدم الإجابة

* نوع الإسكان: تملك إيجار مأوى طوارئ/فندق/نزل/بلا مسكن

مع العائلة/الأصدقاء لم أسأل لا أعرف أفضل عدم الإجابة

عنوان/ عناوين البريد الإلكتروني: _____

رقم/ أرقام الهاتف: _____

هل تُعد الإنجليزية لغتك الأساسية؟ نعم لا إذا كان الجواب لا، فاللغة الأساسية هي: _____

* مُحال من:

تبادل الأحاديث كنيسة أو مؤسسة غير ربحية الخدمات الاجتماعية عبر الإنترنت أخرى

أفضل عدم الإجابة لا أعرف لم أسأل

* العرق:

سكان ألاسكا الأصليين / ألبوت هندي أمريكي/ أمريكي أصلي آسيوي أسود أمريكي من أصل أفريقي من أصل إسباني / لاتيني

الشرق الأوسط / من شمال أفريقيا من سكان جزر المحيط الهادي أبيض/ أنغلو لم أسأل لا أعرف أفضل عدم الإجابة

* تعريف الذات تحت بند:

الإعاقة المحاربين القدامى لا شيء لم أسأل لا أعرف أفضل عدم الإجابة

الدخل الشهري والاستحقاقات للأسرة

*هل يتلقى حالياً أي من أفراد الأسرة المساعدة الغذائية التكميلية (قسائم المعونة الغذائية)؟

لا نعم لم أسأل لا أعرف أفضل عدم الإجابة

* استحقاقات منزلية أخرى - هل يتلقى أي من أفراد الأسرة أيًا مما يلي؟

المساعدة الطبية (Medicaid) برنامج دخل الضمان التكميلي (SSI) برنامج المساعدة المؤقتة للأسر المحتاجة (TANF)
برنامج التغذية التكميلي الخاص للنساء والرضع والأطفال (WIC) استحقاقات أخرى لم أسأل لا أعرف لا توجد استحقاقات
أفضل عدم الإجابة

* دخل الأسرة الشهري - يتوفر دخل شهري للأسرة بأكملها:

إجمالي الدخل الشهري _____ دولار

وقعها مُقدم الطلب أو الوكيل **تمثل وزارة الزراعة الأمريكية مُقدمة فرص متكافئة، وصاحبة العمل، والمقرضة**

التوقيع: تنازلت وزارة الزراعة الأمريكية عن التوقعات بالوقت الحالي بسبب كوفيد-19 التاريخ: _____

يجب ملء هذا الجزء من أحد أفراد الطاقم أو المتطوع بحجرة المون التحقق من أحقية انضمامه لبرنامج المساعدات الغذائية الطارئة المؤقتة (TEFAP)

أفراد الأسرة الآخرين

الاسم الأول: _____ اسم العائلة: _____ الاسم الأوسط: _____

تاريخ الميلاد: _____ النوع: _____ صلة القرابة: _____ العرق / الأصل العرقي: مطابق لرب الأسرة أو

الاسم الأول: _____ اسم العائلة: _____ الاسم الأوسط: _____

تاريخ الميلاد: _____ النوع: _____ صلة القرابة: _____ العرق / الأصل العرقي: مطابق لرب الأسرة أو

الاسم الأول: _____ اسم العائلة: _____ الاسم الأوسط: _____

تاريخ الميلاد: _____ النوع: _____ صلة القرابة: _____ العرق / الأصل العرقي: مطابق لرب الأسرة أو

الاسم الأول: _____ اسم العائلة: _____ الاسم الأوسط: _____

تاريخ الميلاد: _____ النوع: _____ صلة القرابة: _____ العرق / الأصل العرقي: مطابق لرب الأسرة أو

الاسم الأول: _____ اسم العائلة: _____ الاسم الأوسط: _____

تاريخ الميلاد: _____ النوع: _____ صلة القرابة: _____ العرق / الأصل العرقي: مطابق لرب الأسرة أو

الاسم الأول: _____ اسم العائلة: _____ الاسم الأوسط: _____

تاريخ الميلاد: _____ النوع: _____ صلة القرابة: _____ العرق / الأصل العرقي: مطابق لرب الأسرة أو