

CTFB 보충 섭취 양식

다음 질문은 선택 사항으로, 식품 지원 수령 여부에 영향을 미치지 않습니다.
이 섹션에 답변하고 싶지 않다면 이 질문을 건너뛰고 양식을 제출하십시오.

- 이메일 주소: _____
- 저는 제 인종 또는 민족성을 다음과 같이 식별합니다. (해당하는 사항을 모두 선택하십시오)
 - 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민
 - 아시아인
 - 흑인 또는 아프리카계 미국인
 - 히스패닉, 라틴계 또는 스페인어
 - 중동 또는 북아프리카인
 - 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민
 - 기타 인종 또는 민족
 - 백인
- 어떤 추가 지원을 받으시겠습니까? (해당하는 사항을 모두 선택하십시오)
 - 사회 보장
 - 텍사스 여성 건강 프로그램
 - 재향 군인 혜택
 - WIC
 - 메디케어
 - 기타: _____
- 성별: 여성 남성 기타 답변하고 싶지 않음
- 귀하의 가구에는 **아동**(0~17 세)이 몇 명이나 살고 있습니까? _____
- 귀하의 가구에는 **60 세 이상 노인**이 몇 명이나 살고 있습니까? _____
- 귀하의 가정에는 **재향 군인**이 몇 명이나 살고 있습니까? _____
- 귀하의 가구에는 **현역 군인**이 몇 명이나 살고 있습니까? _____
- 귀하의 가구에는 **대학생**이 몇 명이나 살고 있습니까? _____

10. 선호하는 언어는 무엇입니까?

- | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 영어 | <input type="checkbox"/> 중국어 | <input type="checkbox"/> 파슈토어 |
| <input type="checkbox"/> 스페인어 | <input type="checkbox"/> 체코어 | <input type="checkbox"/> 스와힐리어 |
| <input type="checkbox"/> 미국 수화 | <input type="checkbox"/> 프랑스어 | <input type="checkbox"/> 티그리냐어 |
| <input type="checkbox"/> 아랍어 | <input type="checkbox"/> 아이티크리올어 | <input type="checkbox"/> 베트남어 |
| <input type="checkbox"/> 보스니아어 | <input type="checkbox"/> 힌디어 | <input type="checkbox"/> 기타 |
| <input type="checkbox"/> 미얀마어 | <input type="checkbox"/> 한국어 | _____ |

중앙 텍사스 푸드뱅크 고객 정보 공개

본인은 본인의 정보가 안전한 전자 데이터베이스에 저장되며, 해당 정보가 중앙 텍사스 푸드뱅크(CTFB) 및 식료품 저장실에서 본인을 다른 프로그램이나 서비스에 연결하고, 본인과 지역 사회에 제공되는 서비스를 개선하거나 연구를 수행하는 데 사용할 수 있음을 인정합니다. 또한, CTFB가 본인에게 더 나은 서비스를 제공하기 위해 집계, 익명화 또는 비식별화된 정보를 피딩 아메리카 및 기타 지역 사회 파트너와 공유할 수 있음을 인정합니다.

본인은 본인의 정보 공개에 동의함으로써 CTFB 네트워크의 다른 식료품 저장실에 있는 식품에 더 쉽게 접근할 수 있고 서비스를 개선할 수 있도록, 다른 현장에 동일한 정보를 제공하지 않고 CTFB 및 그 파트너와 본인의 정보를 공유하는 데 동의합니다. 동의하지 않음으로써, 본인은 기관과 CTFB에만 정보를 공유하는 데 동의합니다.

네 아니요

