



Administrative Purposes Only	
Site Name:	Assistance Date:
Card #:	<input type="checkbox"/> Entry Complete

Japanese Version

新規会員登録

英語で記入ください。サポートが必要な場合はボランティアまたはスタッフにお伝えてください。

1. 名 (下の名前) :	姓 (上の名前) :	2. 生年月日: (月/日/年): / /
3. 世帯人数:	4. 年齢範囲ごとの世帯人数: 子供 (0-17): ____ 成人 (18-59): ____ 高齢者 (60+): ____	
5. 住所: 都市名: 郵便番号:	<input type="checkbox"/> 住所がないホームレス状態の場合、このボックスをチェックしてください。	
6. 電話番号 (市外局番を含む): () -	<input type="checkbox"/> BFNからテキストを受け取りたい メッセージ通信料がかかる場合があります	
7. 人種・民族 (適用するものすべてを選択) <input type="checkbox"/> ヒスパニック・ラテン系 <input type="checkbox"/> 黒人・アフリカ系アメリカ人 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 中東・北アフリカ人 <input type="checkbox"/> 中国人 <input type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> 韓国人 <input type="checkbox"/> ベトナム人 <input type="checkbox"/> ネイティブ・アメリカン <input type="checkbox"/> ネイティブ・ハワイアン/太平洋諸島系 <input type="checkbox"/> フィリピン人 <input type="checkbox"/> 東南アジア人 <input type="checkbox"/> インド人 <input type="checkbox"/> アシヤ系 <input type="checkbox"/> 答えたくありません <input type="checkbox"/> 他の人種・民族: _____		
8. 希望する言語 (一つ選択してください) <input type="radio"/> 英語 <input type="radio"/> スペイン語 <input type="radio"/> 広東語 <input type="radio"/> マンタリン <input type="radio"/> ベトナム語 <input type="radio"/> フィリピン語・タガログ語 <input type="radio"/> アムハラ語 <input type="radio"/> ペルシア語 <input type="radio"/> ヒンディー語 <input type="radio"/> 韓国語 <input type="radio"/> ポルトガル語 <input type="radio"/> フランス語 <input type="radio"/> パンジャブ語 <input type="radio"/> ネパール語 <input type="radio"/> アラビア語 <input type="radio"/> その他の言語: _____		
9. ご家庭の中で、CalFresh/SNAP EBTを受給している方はありますか? <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ		
10. もし受給していない場合、CalFresh/SNAP EBTの事前審査を希望されますか? <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ		
11. Berkeley Food Networkを何でお知りになりましたか。(一つ選択してください) <input type="radio"/> 家族・友達 <input type="radio"/> チラシ <input type="radio"/> 学校 <input type="radio"/> 会社 <input type="radio"/> ソーシャルメディア <input type="radio"/> ウェブサイト <input type="radio"/> 集合住宅 <input type="radio"/> 通りかかり <input type="radio"/> 福祉サービスの紹介 <input type="radio"/> その他: _____		
10. 以下の社会的カテゴリーのいずれかか当てはまりますか。(適用するものすべてを選択) <input type="checkbox"/> 大学生 <input type="checkbox"/> 退役軍人 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 元受刑者 <input type="checkbox"/> 失業者 <input type="checkbox"/> 退職者 <input type="checkbox"/> なし		
13. ご自身またはご家庭の中で、バークレーに住んでいますか、働いていますか、または学校に通っていますか? (適用するものすべてを選択) <input type="checkbox"/> 住んでいる <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 学校に通っている		
14. Berkeley Food Networkでは、一週間に一度、各ご家庭が9th Street Pantryを訪問することができます。9th Street Pantryに訪問する予定の曜日をお選びください。 <input type="radio"/> 火曜日 <input type="radio"/> 木曜日		

すべての情報は、コンピュータ化されたクラウドベースの共有データベースに保存され、食糧支援が必要な人々に関する情報が記録されます。氏名、住所、電話番号などの個人情報はすべて、バークレー・フード・ネットワーク (BFN) とアラメダ郡コミュニティ・フード・バンク (ACCFB) 以外の者と共有されることはありません。BFNはこの情報を、緊急食糧支援やその他のサービスを地域によりよく提供するための知見を得るために使用します。

この同意書に署名することにより、BFN & ACCFBは個人情報を3年間保存することができます。このプライバシーで安全なデータベースから情報を削除したい場合は、BFN & ACCFBにメールを書き、オアシスクライアントホイスシステムに参加しないよう要請することができます。バークレー・フード・ネットワークおよびBFNのネットワーク機関が私の基本情報を収集し、安全に保管することを承認します。

署名 _____ 日付 _____