



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

Portuguese Version

Registo de novo membro do banco alimentar

Preencha o formulário apenas com letras do alfabeto inglês. Se precisar de ajuda, informe um voluntário.

1. Nome próprio:	Apelido:	2. Data de nascimento: (mês/dia/ano): / /
3. O seu agregado familiar é composto por quantas pessoas?	4. Número de membros do agregado familiar em cada faixa etária: Crianças (0 – 17): _____ Adultos (18 – 59): _____ Idosos (60+): _____	
5. Morada:	Cidade:	Código postal: <input type="checkbox"/> Marque a caixa se estiver em situação de sem-abrigo
6. Número de telefone (incluindo o código de área): () -	<input type="checkbox"/> Marque a caixa para receber atualizações escritas do BFN (Aplicam-se taxas de mensagens normais)	
7. Como se autoidentifica por raça/etnia? (selecione todas as que se aplicam) <input type="checkbox"/> Hispano ou Latino-americano <input type="checkbox"/> Negro ou Afro-americano <input type="checkbox"/> Branco/Caucasiano <input type="checkbox"/> do Médio Oriente ou do Norte de África <input type="checkbox"/> Chinês <input type="checkbox"/> Japonês <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Nativo do Havai/ou das Ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> do Sudeste Asiático <input type="checkbox"/> Indiano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Prefiro não dizer <input type="checkbox"/> Outras raças/etnias: _____		
8. Qual é a sua língua preferida? <input type="radio"/> Inglês <input type="radio"/> Espanhol <input type="radio"/> Cantonês <input type="radio"/> Mandarim <input type="radio"/> Vietnamita <input type="radio"/> Filipino/Tagalog <input type="radio"/> Amharic <input type="radio"/> Farsi <input type="radio"/> Hindi <input type="radio"/> Coreano <input type="radio"/> Português <input type="radio"/> Francês <input type="radio"/> Punjabi <input type="radio"/> Nepalês <input type="radio"/> Árabe <input type="radio"/> Outra língua: _____		
9. Algum membro do seu agregado familiar recebe apoio CalFresh/Snap EBT? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
10. Em caso negativo, gostaria que fosse analisada a sua candidatura para receber apoio CalFresh/Snap EBT? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
11. Como é que ouviu falar da Berkeley Food Network? (escolha uma) <input type="radio"/> Família/Amigo <input type="radio"/> Folheto <input type="radio"/> Escola <input type="radio"/> Trabalho <input type="radio"/> Redes sociais <input type="radio"/> Website <input type="radio"/> Complexo habitacional <input type="radio"/> Passei por lá <input type="radio"/> Encaminhado pelos Serviços Sociais <input type="radio"/> Outro: _____		
12. Alguma destas categorias sociais se aplica a si? (selecione todas as que se aplicam) <input type="checkbox"/> Atualmente estudante universitário <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Ex-incarcerado <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Nenhuma		
13. Você ou alguém do seu agregado familiara vive, trabalha ou frequenta um estabelecimento escolar em Berkeley? (selecione todas as que se aplicam) <input type="checkbox"/> Vive <input type="checkbox"/> Trabalha <input type="checkbox"/> Estuda		
14. A Berkeley Food Network permite a cada família vir ao Banco Alimentar da 9ª Rua (9th Street Pantry) uma vez por semana. Em que dia da semana tenciona vir ao 9th Street Pantry? <input type="radio"/> Terça-feira <input type="radio"/> Quinta-feira		

All information is stored in a shared, computerized cloud-based database that records information about people experiencing a need for food assistance. All personally identifiable information such as name, full address and phone numbers will **not** be shared with anyone other than Berkeley Food Network (BFN) and Alameda County Community Food Bank (ACCFB). BFN uses this information to gain insight about how to better serve the community with emergency food assistance and other community-based services. Signing this agreement allows BFN & ACCFB to store your information for three years. If you would like to remove your information from this private and secure database, you can write to BFN & ACCFB requesting to **not** participate in the Oasis Client Voice System. I authorize Berkeley Food Network and BFN's Network Agencies to collect and safely store my basic information.

Signature _____

Date _____