



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

Chinese Version

## 食品分发站新会员注册

请用英文字母清楚地填写表格。如果您需要帮助, 请告知志愿者。

1. 名:	姓: 2. 出生日期(月/日/年): / /
3. 您家有几口人?	4. 各年龄段家庭成员数量: 儿童 (0 - 17): ___ 成年人 (18 - 59): ___ 老年人 (60+): ___
5. 地址: 城市: 邮政编码:	<input type="checkbox"/> 如果您无家可归, 请勾选此框
6. 电话号码(包括区号): ( ) -	<input type="checkbox"/> 勾选此框可接收来自 BFN 的更新短信 (适用标准短信费率)
7. 您认同您是那个种族/民族?(选择所有符合的选项) <input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 非裔美国人 <input type="checkbox"/> 白人/白种人 <input type="checkbox"/> 中东或北非 <input type="checkbox"/> 中国人 <input type="checkbox"/> 日本人 <input type="checkbox"/> 韩国人 <input type="checkbox"/> 越南人 <input type="checkbox"/> 美洲原住民 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民/太平洋岛民 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 菲律宾人 <input type="checkbox"/> 东南亚 <input type="checkbox"/> 印度人 <input type="checkbox"/> 亚洲人 <input type="checkbox"/> 宁愿不说 <input type="checkbox"/> 其他种族/民族: _____	
8. 您的首选语言是什么? <input type="radio"/> 英文 <input type="radio"/> 西班牙语 <input type="radio"/> 粤语 <input type="radio"/> 普通话 <input type="radio"/> 越南语 <input type="radio"/> 菲律宾语/他加禄语 <input type="radio"/> 阿姆哈拉语 <input type="radio"/> 波斯语 <input type="radio"/> <input type="radio"/> 印地语 <input type="radio"/> 韩语 <input type="radio"/> 葡萄牙语 <input type="radio"/> 法语 <input type="radio"/> 旁遮普语 <input type="radio"/> 尼泊尔语 <input type="radio"/> 阿拉伯 <input type="radio"/> 其他语言: _____	
9. 您的家庭中是否有人领取 CalFresh/Snap EBT? <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 10. 如果没有, 您是否愿意接受 CalFresh/Snap EBT 的预筛查? <input type="radio"/> 愿意 <input type="radio"/> 不愿意	
11. 您是如何得知伯克利食物网的?(请选择一个) <input type="radio"/> 家人/朋友 <input type="radio"/> 传单 <input type="radio"/> 学校 <input type="radio"/> 工作 <input type="radio"/> 社交网络 <input type="radio"/> 网站 <input type="radio"/> 住宅区 <input type="radio"/> 步行/驾车经过 <input type="radio"/> 社会服务推荐 <input type="radio"/> 其他: _____	
12. 以下任何社会类别都适用于您吗?(选择所有符合的选项) <input type="checkbox"/> 目前是大学生 <input type="checkbox"/> 退伍军人 <input type="checkbox"/> 残疾人 <input type="checkbox"/> 以前被监禁过 <input type="checkbox"/> 失业 <input type="checkbox"/> 已退休 <input type="checkbox"/> 没有	
13. 您或您家里的任何人是否在伯克利居住、工作或上学?(选择所有符合的选项) <input type="checkbox"/> 居住 <input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 上学	
14. 伯克利食物网允许每个家庭每周来 9th Street Pantry 一次。 您计划在哪一天来 9th Street Pantry? <input type="radio"/> 周二 <input type="radio"/> 周四	

所有信息都存储在一个共享的, 基于计算机的云数据库中, 记录需要粮食援助人的信息。所有个人信息(例如姓名、完整地址和电话号码)都不会与伯克利食物网(BFN)和Alameda社区食物银行(ACCFB)以外的任何人共享。BFN利用这些信息来了解如何通过紧急粮食援助和其他社区更好地为社区服务。签署这份协议就会允许BFN和ACCFB存储您的信息三年。如果您想从这个私密安全的数据库中删除您的信息, 您可以写信给BFN和ACCFB, 要求不参与Oasis客户语音系统。我授权伯克利食物网和BFN的网络机构收集和存储我的基本信息。

签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_



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

***Chinese Version***

This document has been translated by UC Berkeley Volunteer Health Interpreters Organization (VHIO).

此文件是由加州柏克莱大学志愿医疗传译组织(VHIO)翻译。