



## Добро пожаловать в нашу сеть!

### Для чего предназначены эти документы?

- Мы представляем собой сеть некоммерческих программ распределения продовольствия по всему штату, предоставляющих продовольствие местному населению совершенно бесплатно.
- Мы используем систему регистрации и учета клиентов под названием Link2Feed.
- Данные, которые указываются нами в системе Link2Feed, помогают нашей продуктовой кладовой и нашей сети ходатайствовать о выдаче грантов, совершенствовать качество наших программ и обращаться за другими ресурсами, которые могут оказаться полезными.
- Любые сведения, которые вы предоставляете нам, являются конфиденциальными и хранятся под защитой внутри нашей сети и не будут использованы в целях изменения обслуживания, получаемого вами в рамках этой или любой другой программы.
- Мы не являемся государственной программой. Никакая информация личного характера не будет разглашена государственным службам или любым другим сторонним организациям.
- Поскольку эта программа используется всеми участниками внутри сети, вам потребуется представить свои данные только один раз в любом месте проведения программы, использующем систему Link2Feed.
- Если вы получите карту участника системы Link2Feed, вы можете пользоваться ей в любом месте проведения программы, использующем систему Link2Feed.
- Регистрация в системе Link2Feed является добровольной и не требуется для получения продовольствия.
- Если вы желаете задать вопрос, хотели бы обсудить с кем-либо содержание анкеты или вам требуется помощь в заполнении этой анкеты, пожалуйста, обратитесь к сотруднику или добровольцу программы на месте ее проведения. Мы будем рады вам помочь.

### Порядок заполнения анкеты:

- Вопросы, перечисленные на первой странице (на лицевой и оборотной сторонах), относятся к вам. Не забудьте заполнить оборотную сторону.
- Вторая страница (лицевая и оборотная стороны) предназначена для дополнительных членов семьи, с которыми вы делите продукты питания (супруг(а), дети, другие родственники и т.п.). На одной стороне можно указывать до трех человек. Если количество членов вашей семьи превышает семь человек, пожалуйста, попросите предоставить вам дополнительную страницу.
- Наиболее важной информацией, которую вам следует указать, является имя, фамилия и дата рождения каждого человека, с которым вы делите эти продукты питания, поскольку нам необходимо знать, какое количество человек обслуживается нашей программой. Их личные данные также являются конфиденциальными и хранятся под защитой и не будут использованы в целях наложения ограничений на получаемое ими обслуживание.
- Если вы не желаете отвечать на любой из указанных вопросов, вы можете отметить пункт под названием «Не указано». Если вы не обнаружили пункт «Не указано» при ответе на определенный вопрос, пожалуйста, попросите сотрудника или добровольца программы указать вам на другие аналогичные варианты.
- По возможности, пожалуйста, пишите разборчиво и на английском языке.

### После того, как вы закончили заполнять анкету:

- Передайте эту анкету на рассмотрение сотруднику или добровольцу программы. Они убедятся в том, что ваши ответы записаны разборчиво и при ответе на каждый вопрос был отмечен соответствующий пункт.

***Выражаем вам огромную благодарность за вашу помощь!***



Полученные данные будут использованы исключительно внутри сети продуктовых кладовых организации Oregon Food Bank и останутся недоступными для всех третьих сторон. Эти данные не будут разглашены государственным службам и не будут использованы в целях наложения ограничений на получаемое вами обслуживание. Мы являемся поставщиком услуг, предоставляющим нашим клиентам равные возможности. Вам не может быть отказано в каком-либо виде обслуживания в случае, если вы примете решение не заполнять эту анкету. Благодарим вас за вашу помощь.

a. **Когда вы впервые обратились за помощью с продуктами питания?**(можно привести примерную дату): Дата: \_\_\_\_\_

b. **Фамилия:** \_\_\_\_\_ c. **Имя:** \_\_\_\_\_

d. **Дата рождения:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (мм/дд/гггг) e. **Является ли данная дата рождения примерной?**  Да  Нет

f. **Пол:**  Женский<sup>02</sup>  Мужской<sup>01</sup>  Транссексуал<sup>03</sup> Другое<sup>05</sup>  Не указано<sup>04</sup>

g. **Семейное положение:**  Одинокий/ая<sup>01</sup>  Состою в гражданском браке<sup>02</sup>  Проживаю отдельно<sup>03</sup>  Не указано<sup>04</sup>  
 Состою в браке<sup>05</sup>  В разводе<sup>06</sup>  Вдовец, вдова<sup>07</sup>

h. **Адрес:** \_\_\_\_\_

i. **Адрес (2 строка):** \_\_\_\_\_ j. **Округ:** \_\_\_\_\_

k. **Город:** \_\_\_\_\_ l. **Штат:** \_\_\_\_\_ m. **Почтовый индекс:** \_\_\_\_\_

Нет постоянного адреса/ Не указано

n. **В каком виде жилья вы проживаете в настоящее время?** (Отметьте один)

<input type="checkbox"/> Палаточный лагерь <sup>01</sup>	<input type="checkbox"/> Автотранспортное средство <sup>06</sup>	<input type="checkbox"/> Аренда частного жилья / Аренда <sup>12</sup>
<input type="checkbox"/> Временное жилье <sup>02</sup>	<input type="checkbox"/> Отапливаемый приют <sup>07</sup>	<input type="checkbox"/> Государственное (социальное) жилье <sup>13</sup>
<input type="checkbox"/> Передвижной дом <sup>16</sup>	<input type="checkbox"/> Аварийное убежище, миссионерская организация, временное убежище <sup>08</sup>	<input type="checkbox"/> Проживаю с родственниками, друзьями <sup>14</sup>
<input type="checkbox"/> Мотель, гостиница <sup>03</sup>	<input type="checkbox"/> Эвакуированное лицо <sup>09</sup>	<input type="checkbox"/> Приют или убежище для молодежи <sup>15</sup>
<input type="checkbox"/> Стационар в исправительном учреждении или контролируемое жилье <sup>04</sup>	<input type="checkbox"/> Нет жилья <sup>10</sup>	<input type="checkbox"/> Другое <sup>17</sup>
	<input type="checkbox"/> Собственный дом <sup>11</sup>	<input type="checkbox"/> Не указано <sup>05</sup>

o. **Адрес эл. почты:** \_\_\_\_\_

p. **Телефон:** \_\_\_\_\_

(С вами свяжутся только в случае наличия важной для вас информации о предоставляемых услугах)

q. **На каком (-их) языке (-ах) ведется общение в вашей семье?** (отметьте все применимые ответы)

Английский<sup>01</sup>  Испанский<sup>02</sup>  Сомали<sup>03</sup>  Вьетнамский<sup>04</sup>  Русский<sup>05</sup>  Китайский (мандарин)<sup>06</sup>  
 Хинди или урду<sup>07</sup>  Арабский<sup>08</sup>  Прочее: \_\_\_\_\_<sup>10</sup>

r. **Какова ваша этническая принадлежность?** (отметьте все применимые ответы)  Белый/Европеец<sup>01</sup>  Азиат<sup>03</sup>

Чернокожий/Афроамериканец<sup>05</sup>  Коренной житель Аляски/ Алеут / Эскимос<sup>07</sup>  Испанец/Латиноамериканец<sup>02</sup>  
 Араб/Американский Араб<sup>04</sup>  Американский индеец/Представитель коренных народов Америки<sup>06</sup>  
 Житель тихоокеанских островов<sup>11</sup>  Не относится<sup>08</sup>  Прочее<sup>10</sup>  
 Не указано<sup>09</sup>

s. **Относите ли вы себя к одной из перечисленных ниже категорий?** (отметьте все применимые ответы)

<input type="checkbox"/> Лицо с задержкой развития <sup>01</sup>	<input type="checkbox"/> Беженец <sup>06</sup>	<input type="checkbox"/> Беременная женщина <sup>04</sup>	<input type="checkbox"/> Ветеран <sup>05</sup>
<input type="checkbox"/> Лицо с ограниченными возможностями <sup>02</sup>	<input type="checkbox"/> Эвакуированное лицо <sup>09</sup>	<input type="checkbox"/> Мать в послеродовой период <sup>07</sup>	<input type="checkbox"/> PTSD (Посттравматический синдром) <sup>13</sup>
<input type="checkbox"/> Лицо, страдающее психическим заболеванием <sup>03</sup>	<input type="checkbox"/> Недавно прибывший иммигрант <sup>14</sup>	<input type="checkbox"/> Кормящая мать <sup>08</sup>	<input type="checkbox"/> Прочее <sup>10</sup>
		<input type="checkbox"/> Не относится <sup>11</sup>	<input type="checkbox"/> Не указано <sup>12</sup>

(Пожалуйста, переверните страницу)

(Data entry: switch to add household members then return to back side)

t. **Каков уровень полученного вами образования?** (выберите один ответ)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> От 0 до 8 классов школы <sup>01</sup>                           | <input type="checkbox"/> Некоторое образование после окончания школы <sup>05</sup>             | <input type="checkbox"/> Диплом об окончании 4-летнего ВУЗа <sup>08</sup> |
| <input type="checkbox"/> От 9 до 11 классов школы <sup>02</sup>                          | <input type="checkbox"/> Профессиональное училище, профессиональная аккредитация <sup>06</sup> | <input type="checkbox"/> Диплом магистра <sup>09</sup>                    |
| <input type="checkbox"/> Диплом об окончании старших классов средней школы <sup>03</sup> | <input type="checkbox"/> Диплом об окончании 2-летнего ВУЗа <sup>07</sup>                      | <input type="checkbox"/> Диплом доктора наук <sup>10</sup>                |
| <input type="checkbox"/> Диплом об общеобразовательной подготовке (GED) <sup>04</sup>    |  | <input type="checkbox"/> Не указано <sup>11</sup>                         |

u. **Каков вид вашей трудовой деятельности?** (выберите один ответ)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Военнослужащий <sup>01</sup>                     | <input type="checkbox"/> Занят полную рабочую неделю <sup>07</sup>   |   |
| <input type="checkbox"/> Трудоустроен на нескольких работах <sup>02</sup> | <input type="checkbox"/> Занят неполную рабочую неделю <sup>08</sup> |   |
| <input type="checkbox"/> Сезонный работник <sup>04</sup>                  | <input type="checkbox"/> На пенсии <sup>03</sup>                     |   |
| <input type="checkbox"/> Частный предприниматель <sup>05</sup>            | <input type="checkbox"/> Прочее <sup>11</sup>                        |   |
| <input type="checkbox"/> Учусь после окончания школы <sup>06</sup>        | <input type="checkbox"/> Не трудоустроен <sup>09</sup>               | <input type="checkbox"/> Не указано <sup>10</sup> |

v. **Вид источника вашего дохода** (выберите основной источник дохода вашей семьи)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Трудоустройство полную рабочую неделю <sup>04</sup>    | <input type="checkbox"/> Пособие из фонда социального страхования <sup>18</sup>  |
| <input type="checkbox"/> Трудоустройство неполную рабочую неделю <sup>06</sup>  | <input type="checkbox"/> Пособие по инвалидности из фонда социального страхования (SSDI) <sup>19</sup>                               |
| <input type="checkbox"/> Трудоустроен на нескольких работах <sup>05</sup>       | <input type="checkbox"/> Дополнительный доход из фонда социального обеспечения (SSI) <sup>21</sup>                                   |
| <input type="checkbox"/> Поденный неквалифицированный труд <sup>02</sup>        | <input type="checkbox"/> Студенческое финансовое пособие <sup>11</sup>   |
| <input type="checkbox"/> Сельскохозяйственные работы <sup>03</sup>              | <input type="checkbox"/> Племенные фонды <sup>25</sup>   |
| <input type="checkbox"/> Частная предпринимательская деятельность <sup>07</sup> | <input type="checkbox"/> Компенсация травмы, полученной на работе, или страховой фонд сберегательной ассоциации (SAIF) <sup>13</sup> |
| <input type="checkbox"/> Пособия по безработице <sup>12</sup>                   | <input type="checkbox"/> Нет дохода <sup>01</sup>  |
| <input type="checkbox"/> Поддержка от родственников, друзей <sup>10</sup>       | <input type="checkbox"/> Не указано <sup>23</sup>  |
| <input type="checkbox"/> Алименты на детей <sup>09</sup>                        |  |
| <input type="checkbox"/> Пенсионное пособие <sup>08</sup>                       |  |

w. **Получает ли ваша семья какие-либо льготы, перечисленные ниже?** (выберите все, что относится к вашей семье)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Пособие по оплате электроэнергии <sup>14</sup>   | <input type="checkbox"/> Программа TANF (программа временной помощи нуждающимся семьям) <sup>24</sup>   |
| <input type="checkbox"/> Бесплатный или удешевленный обед <sup>15</sup>   | <input type="checkbox"/> Пособие для ветеранов или военнослужащих <sup>16</sup>   |
| <input type="checkbox"/> Программа Medicaid (например, программа Oregon Health Plan в штате Орегон) <sup>22</sup> | <input type="checkbox"/> Программа WIC (программа продовольственной помощи женщинам и детям) <sup>20</sup>  |
| <input type="checkbox"/> Программа Medicare <sup>26</sup>   | <input type="checkbox"/> Программа SNAP (в штате Орегон карточка Oregon Trail / Формально известна как программа продовольственных талонов) <sup>17</sup> |

x. **Есть ли у кого-нибудь в вашей семье ограничения в питании?** (отметьте все применимые ответы)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Аллергия или повышенная чувствительность к молочным продуктам <sup>01</sup> | <input type="checkbox"/> Нуждаюсь в пище с пониженным содержанием натрия <sup>07</sup>                   | <input type="checkbox"/> Строгий вегетарианец <sup>14</sup>  |
| <input type="checkbox"/> Проблемы, относящиеся к зубам <sup>02</sup>                                 | <input type="checkbox"/> Не употребляю свинину <sup>16</sup>   | <input type="checkbox"/> Аллергия или повышенная чувствительность к соевым продуктам <sup>12</sup> |
| <input type="checkbox"/> Диабет <sup>03</sup>  | <input type="checkbox"/> Не располагаю или располагаю недостаточным кухонным оборудованием <sup>08</sup> | <input type="checkbox"/> Аллергия или повышенная чувствительность к древесным орехам <sup>13</sup> |
| <input type="checkbox"/> Аллергия или повышенная чувствительность к яйцам <sup>04</sup>              | <input type="checkbox"/> Прочее <sup>09</sup>  | <input type="checkbox"/> Вегетарианец <sup>15</sup>  |
| <input type="checkbox"/> Аллергия или повышенная чувствительность к глютену <sup>05</sup>            | <input type="checkbox"/> Аллергия к арахису <sup>10</sup>  | <input type="checkbox"/> Ограничений не имеется <sup>17</sup>                                      |
| <input type="checkbox"/> Кошерное питание / Халал <sup>06</sup>                                      | <input type="checkbox"/> Аллергия или повышенная чувствительность к морепродуктам <sup>11</sup>          |  |

Фамилия основного заявителя: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_

Дополнительные члены семьи: (Ниже и на оборотной стороне страницы, пожалуйста, перечислите каждое лицо, с которым вы делите еду.)

a. Фамилия: _____		b. Имя: _____	
c. Дата рождения: ____/____/____ (мм/дд/гггг)		d. Является ли данная дата рождения примерной? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
i. Посещает ли данный участник школу? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		j. Если да, укажите название учебного заведения. _____	
e. Пол: <input type="checkbox"/> Женский <sup>02</sup> <input type="checkbox"/> Мужской <sup>01</sup> <input type="checkbox"/> Транссексуал <sup>03</sup> <input type="checkbox"/> Другое <sup>05</sup> <input type="checkbox"/> Не указано <sup>04</sup>			
f. Данное лицо является вашим/вашей... <input type="checkbox"/> ребенком <sup>02</sup> <input type="checkbox"/> родителем <sup>03</sup> <input type="checkbox"/> сестрой/братом <sup>04</sup> <input type="checkbox"/> внуком/внучкой <sup>05</sup> <input type="checkbox"/> бабушкой/дедушкой <sup>06</sup> <input type="checkbox"/> другим родственником <sup>07</sup> <input type="checkbox"/> Опекун <sup>14</sup> <input type="checkbox"/> возлюбленным/возлюбленной <sup>08</sup> <input type="checkbox"/> другом/подругой <sup>10</sup> <input type="checkbox"/> соседом по комнате <input type="checkbox"/> прочее <sup>12</sup> <input type="checkbox"/> Не указано <sup>11</sup>			
g. Какова этническая принадлежность данного лица? <input type="checkbox"/> Коренной житель Аляски/ Алеут / Эскимос <sup>07</sup> <input type="checkbox"/> Белый/Европеец <sup>01</sup> <input type="checkbox"/> Азиат <sup>03</sup> <input type="checkbox"/> выходец с Ближнего Востока/из Северной Африки <sup>04</sup> <input type="checkbox"/> Американский индеец / Представитель коренных народов Америки <sup>06</sup> <input type="checkbox"/> Неприменимо <sup>08</sup> <input type="checkbox"/> Испанец/Латиноамериканец <sup>02</sup> <input type="checkbox"/> Житель тихоокеанских островов <sup>10</sup> <input type="checkbox"/> Прочее <sup>11</sup> <input type="checkbox"/> Чернокожий/Афроамериканец <sup>05</sup> <input type="checkbox"/> Не относится <sup>08</sup> <input type="checkbox"/> Не указано <sup>09</sup>			
h. Относится ли данное лицо к одной из перечисленных ниже категорий?: <input type="checkbox"/> Лицо с задержкой развития <sup>01</sup> <input type="checkbox"/> Беременная женщина <sup>03</sup> <input type="checkbox"/> Беженец <sup>02</sup> <input type="checkbox"/> Ветеран <sup>09</sup> <input type="checkbox"/> Лицо с ограниченными возможностями <sup>05</sup> <input type="checkbox"/> Мать в послеродовой период <sup>07</sup> <input type="checkbox"/> Эвакуированное лицо <sup>06</sup> <input type="checkbox"/> PTSD <input type="checkbox"/> Лицо, страдающее психическим расстройством <sup>04</sup> <input type="checkbox"/> Кормящая мать <sup>11</sup> <input type="checkbox"/> Недавно прибывший иммигрант <sup>14</sup> <input type="checkbox"/> (Посттравматический синдром) <sup>13</sup> <input type="checkbox"/> Прочее <sup>10</sup> <input type="checkbox"/> Неприменимо <sup>08</sup> <input type="checkbox"/> Не указано <sup>12</sup>			
a. Фамилия: _____		b. Имя: _____	
c. Дата рождения: ____/____/____ (мм/дд/гггг)		d. Является ли данная дата рождения примерной? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
i. Посещает ли данный участник школу? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		j. Если да, укажите название учебного заведения. _____	
e. Пол: <input type="checkbox"/> Женский <sup>02</sup> <input type="checkbox"/> Мужской <sup>01</sup> <input type="checkbox"/> Транссексуал <sup>03</sup> <input type="checkbox"/> Другое <sup>05</sup> <input type="checkbox"/> Не указано <sup>04</sup>			
f. Данное лицо является вашим/вашей... <input type="checkbox"/> ребенком <sup>02</sup> <input type="checkbox"/> родителем <sup>03</sup> <input type="checkbox"/> сестрой/братом <sup>04</sup> <input type="checkbox"/> внуком/внучкой <sup>05</sup> <input type="checkbox"/> бабушкой/дедушкой <sup>06</sup> <input type="checkbox"/> другим родственником <sup>07</sup> <input type="checkbox"/> Опекун <sup>14</sup> <input type="checkbox"/> возлюбленным/возлюбленной <sup>08</sup> <input type="checkbox"/> другом/подругой <sup>10</sup> <input type="checkbox"/> соседом по комнате <input type="checkbox"/> прочее <sup>12</sup> <input type="checkbox"/> Не указано <sup>11</sup>			
g. Какова этническая принадлежность данного лица? <input type="checkbox"/> Коренной житель Аляски/ Алеут / Эскимос <sup>07</sup> <input type="checkbox"/> Белый/Европеец <sup>01</sup> <input type="checkbox"/> Азиат <sup>03</sup> <input type="checkbox"/> выходец с Ближнего Востока/из Северной Африки <sup>04</sup> <input type="checkbox"/> Американский индеец / Представитель коренных народов Америки <sup>06</sup> <input type="checkbox"/> Неприменимо <sup>08</sup> <input type="checkbox"/> Испанец/Латиноамериканец <sup>02</sup> <input type="checkbox"/> Житель тихоокеанских островов <sup>10</sup> <input type="checkbox"/> Прочее <sup>11</sup> <input type="checkbox"/> Чернокожий/Афроамериканец <sup>05</sup> <input type="checkbox"/> Не относится <sup>08</sup> <input type="checkbox"/> Не указано <sup>09</sup>			
h. Относится ли данное лицо к одной из перечисленных ниже категорий?: <input type="checkbox"/> Лицо с задержкой развития <sup>01</sup> <input type="checkbox"/> Беременная женщина <sup>03</sup> <input type="checkbox"/> Беженец <sup>02</sup> <input type="checkbox"/> Ветеран <sup>09</sup> <input type="checkbox"/> Лицо с ограниченными возможностями <sup>05</sup> <input type="checkbox"/> Мать в послеродовой период <sup>07</sup> <input type="checkbox"/> Эвакуированное лицо <sup>06</sup> <input type="checkbox"/> PTSD <input type="checkbox"/> Лицо, страдающее психическим расстройством <sup>04</sup> <input type="checkbox"/> Кормящая мать <sup>11</sup> <input type="checkbox"/> Недавно прибывший иммигрант <sup>14</sup> <input type="checkbox"/> (Посттравматический синдром) <sup>13</sup> <input type="checkbox"/> Прочее <sup>10</sup> <input type="checkbox"/> Неприменимо <sup>08</sup> <input type="checkbox"/> Не указано <sup>12</sup>			
a. Фамилия: _____		b. Имя: _____	
c. Дата рождения: ____/____/____ (мм/дд/гггг)		d. Является ли данная дата рождения примерной? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
i. Посещает ли данный участник школу? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		j. Если да, укажите название учебного заведения. _____	
e. Пол: <input type="checkbox"/> Женский <sup>02</sup> <input type="checkbox"/> Мужской <sup>01</sup> <input type="checkbox"/> Транссексуал <sup>03</sup> <input type="checkbox"/> Другое <sup>05</sup> <input type="checkbox"/> Не указано <sup>04</sup>			
f. Данное лицо является вашим/вашей... <input type="checkbox"/> ребенком <sup>02</sup> <input type="checkbox"/> родителем <sup>03</sup> <input type="checkbox"/> сестрой/братом <sup>04</sup> <input type="checkbox"/> внуком/внучкой <sup>05</sup> <input type="checkbox"/> бабушкой/дедушкой <sup>06</sup> <input type="checkbox"/> другим родственником <sup>07</sup> <input type="checkbox"/> Опекун <sup>14</sup> <input type="checkbox"/> возлюбленным/возлюбленной <sup>08</sup> <input type="checkbox"/> другом/подругой <sup>10</sup> <input type="checkbox"/> соседом по комнате <input type="checkbox"/> прочее <sup>12</sup> <input type="checkbox"/> Не указано <sup>11</sup>			
g. Какова этническая принадлежность данного лица? <input type="checkbox"/> Коренной житель Аляски/ Алеут / Эскимос <sup>07</sup> <input type="checkbox"/> Белый/Европеец <sup>01</sup> <input type="checkbox"/> Азиат <sup>03</sup> <input type="checkbox"/> выходец с Ближнего Востока/из Северной Африки <sup>04</sup> <input type="checkbox"/> Американский индеец / Представитель коренных народов Америки <sup>06</sup> <input type="checkbox"/> Неприменимо <sup>08</sup> <input type="checkbox"/> Испанец/Латиноамериканец <sup>02</sup> <input type="checkbox"/> Житель тихоокеанских островов <sup>10</sup> <input type="checkbox"/> Прочее <sup>11</sup> <input type="checkbox"/> Чернокожий/Афроамериканец <sup>05</sup> <input type="checkbox"/> Не относится <sup>08</sup> <input type="checkbox"/> Не указано <sup>09</sup>			
h. Относится ли данное лицо к одной из перечисленных ниже категорий?: <input type="checkbox"/> Лицо с задержкой развития <sup>01</sup> <input type="checkbox"/> Беременная женщина <sup>03</sup> <input type="checkbox"/> Беженец <sup>02</sup> <input type="checkbox"/> Ветеран <sup>09</sup> <input type="checkbox"/> Лицо с ограниченными возможностями <sup>05</sup> <input type="checkbox"/> Мать в послеродовой период <sup>07</sup> <input type="checkbox"/> Эвакуированное лицо <sup>06</sup> <input type="checkbox"/> PTSD <input type="checkbox"/> Лицо, страдающее психическим расстройством <sup>04</sup> <input type="checkbox"/> Кормящая мать <sup>11</sup> <input type="checkbox"/> Недавно прибывший иммигрант <sup>14</sup> <input type="checkbox"/> (Посттравматический синдром) <sup>13</sup> <input type="checkbox"/> Прочее <sup>10</sup> <input type="checkbox"/> Неприменимо <sup>08</sup> <input type="checkbox"/> Не указано <sup>12</sup>			

a. <b>Фамилия:</b> _____		b. <b>Имя:</b> _____	
c. <b>Дата рождения:</b> ____/____/____ (мм/дд/гггг)		d. <b>Является ли данная дата рождения примерной?</b> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
i. <b>Посещает ли данный участник школу?</b> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		j. <b>Если да, укажите название учебного заведения.</b> _____	
e. <b>Пол:</b> <input type="checkbox"/> Женский 02 <input type="checkbox"/> Мужской 01 <input type="checkbox"/> Транссексуал 03 <input type="checkbox"/> Другое 05 <input type="checkbox"/> Не указано 04			
f. <b>Данное лицо является вашим/вашей...</b> <input type="checkbox"/> супругом/супругой 01 <input type="checkbox"/> гражданским (-ой) супругом/супругой 09 <input type="checkbox"/> ребенком 02 <input type="checkbox"/> родителем 03 <input type="checkbox"/> сестрой/братом 04 <input type="checkbox"/> внуком/внучкой 05 <input type="checkbox"/> бабушкой/дедушкой 06 <input type="checkbox"/> другим родственником 07 <input type="checkbox"/> Опекун 14 <input type="checkbox"/> возлюбленным/возлюбленной 08 <input type="checkbox"/> другом/подругой 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> соседом по комнате <input type="checkbox"/> прочее 12 <input type="checkbox"/> Не указано 11			
g. <b>Какова этническая принадлежность данного лица?</b> <input type="checkbox"/> Коренной житель Аляски/ Алеут / Эскимос 07 <input type="checkbox"/> Белый/Европеец 01 <input type="checkbox"/> Азиат 03 <input type="checkbox"/> выходец с Ближнего Востока/из Северной Африки 04 <input type="checkbox"/> Американский индеец / <input type="checkbox"/> Неприменимо 08 <input type="checkbox"/> Испанец/Латиноамериканец 02 <input type="checkbox"/> Представитель коренных народов <input type="checkbox"/> Прочее 11 <input type="checkbox"/> Чернокожий/Афроамериканец 05 <input type="checkbox"/> Америки 06 <input type="checkbox"/> Не относится 08 <input type="checkbox"/> Житель тихоокеанских островов 10 <input type="checkbox"/> Не указано 09			
h. <b>Относится ли данное лицо к одной из перечисленных ниже категорий?:</b> <input type="checkbox"/> Лицо с задержкой развития 01 <input type="checkbox"/> Беременная женщина 03 <input type="checkbox"/> Беженец 02 <input type="checkbox"/> Ветеран 09 <input type="checkbox"/> Лицо с ограниченными возможностями 05 <input type="checkbox"/> Мать в послеродовой <input type="checkbox"/> Эвакуированное лицо 06 <input type="checkbox"/> PTSD <input type="checkbox"/> Лицо, страдающее психическим <input type="checkbox"/> период 07 <input type="checkbox"/> Недавно прибывший <input type="checkbox"/> (Посттравматический синдром) 13 <input type="checkbox"/> расстройством 04 <input type="checkbox"/> Кормящая мать 11 <input type="checkbox"/> иммигрант 14 <input type="checkbox"/> Не относится 08 <input type="checkbox"/> Прочее 10 <input type="checkbox"/> Неприменимо 08 <input type="checkbox"/> Не указано 12			
a. <b>Фамилия:</b> _____		b. <b>Имя:</b> _____	
c. <b>Дата рождения:</b> ____/____/____ (мм/дд/гггг)		d. <b>Является ли данная дата рождения примерной?</b> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
i. <b>Посещает ли данный участник школу?</b> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		j. <b>Если да, укажите название учебного заведения.</b> _____	
e. <b>Пол:</b> <input type="checkbox"/> Женский 02 <input type="checkbox"/> Мужской 01 <input type="checkbox"/> Транссексуал 03 <input type="checkbox"/> Другое 05 <input type="checkbox"/> Не указано 04			
f. <b>Данное лицо является вашим/вашей...</b> <input type="checkbox"/> супругом/супругой 01 <input type="checkbox"/> гражданским (-ой) супругом/супругой 09 <input type="checkbox"/> ребенком 02 <input type="checkbox"/> родителем 03 <input type="checkbox"/> сестрой/братом 04 <input type="checkbox"/> внуком/внучкой 05 <input type="checkbox"/> бабушкой/дедушкой 06 <input type="checkbox"/> другим родственником 07 <input type="checkbox"/> Опекун 14 <input type="checkbox"/> возлюбленным/возлюбленной 08 <input type="checkbox"/> другом/подругой 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> соседом по комнате <input type="checkbox"/> прочее 12 <input type="checkbox"/> Не указано 11			
g. <b>Какова этническая принадлежность данного лица?</b> <input type="checkbox"/> Коренной житель Аляски/ Алеут / Эскимос 07 <input type="checkbox"/> Белый/Европеец 01 <input type="checkbox"/> Азиат 03 <input type="checkbox"/> выходец с Ближнего Востока/из Северной Африки 04 <input type="checkbox"/> Американский индеец / <input type="checkbox"/> Неприменимо 08 <input type="checkbox"/> Испанец/Латиноамериканец 02 <input type="checkbox"/> Представитель коренных народов <input type="checkbox"/> Прочее 11 <input type="checkbox"/> Чернокожий/Афроамериканец 05 <input type="checkbox"/> Америки 06 <input type="checkbox"/> Не относится 08 <input type="checkbox"/> Житель тихоокеанских островов 10 <input type="checkbox"/> Не указано 09			
h. <b>Относится ли данное лицо к одной из перечисленных ниже категорий?:</b> <input type="checkbox"/> Лицо с задержкой развития 01 <input type="checkbox"/> Беременная женщина 03 <input type="checkbox"/> Беженец 02 <input type="checkbox"/> Ветеран 09 <input type="checkbox"/> Лицо с ограниченными возможностями 05 <input type="checkbox"/> Мать в послеродовой <input type="checkbox"/> Эвакуированное лицо 06 <input type="checkbox"/> PTSD <input type="checkbox"/> Лицо, страдающее психическим <input type="checkbox"/> период 07 <input type="checkbox"/> Недавно прибывший <input type="checkbox"/> (Посттравматический синдром) 13 <input type="checkbox"/> расстройством 04 <input type="checkbox"/> Кормящая мать 11 <input type="checkbox"/> иммигрант 14 <input type="checkbox"/> Не относится 08 <input type="checkbox"/> Прочее 10 <input type="checkbox"/> Неприменимо 08 <input type="checkbox"/> Не указано 12			
a. <b>Фамилия:</b> _____		b. <b>Имя:</b> _____	
c. <b>Дата рождения:</b> ____/____/____ (мм/дд/гггг)		d. <b>Является ли данная дата рождения примерной?</b> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
i. <b>Посещает ли данный участник школу?</b> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		j. <b>Если да, укажите название учебного заведения.</b> _____	
e. <b>Пол:</b> <input type="checkbox"/> Женский 02 <input type="checkbox"/> Мужской 01 <input type="checkbox"/> Транссексуал 03 <input type="checkbox"/> Другое 05 <input type="checkbox"/> Не указано 04			
f. <b>Данное лицо является вашим/вашей...</b> <input type="checkbox"/> супругом/супругой 01 <input type="checkbox"/> гражданским (-ой) супругом/супругой 09 <input type="checkbox"/> ребенком 02 <input type="checkbox"/> родителем 03 <input type="checkbox"/> сестрой/братом 04 <input type="checkbox"/> внуком/внучкой 05 <input type="checkbox"/> бабушкой/дедушкой 06 <input type="checkbox"/> другим родственником 07 <input type="checkbox"/> Опекун 14 <input type="checkbox"/> возлюбленным/возлюбленной 08 <input type="checkbox"/> другом/подругой 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> соседом по комнате <input type="checkbox"/> прочее 12 <input type="checkbox"/> Не указано 11			
g. <b>Какова этническая принадлежность данного лица?</b> <input type="checkbox"/> Коренной житель Аляски/ Алеут / Эскимос 07 <input type="checkbox"/> Белый/Европеец 01 <input type="checkbox"/> Азиат 03 <input type="checkbox"/> выходец с Ближнего Востока/из Северной Африки 04 <input type="checkbox"/> Американский индеец / <input type="checkbox"/> Неприменимо 08 <input type="checkbox"/> Испанец/Латиноамериканец 02 <input type="checkbox"/> Представитель коренных народов <input type="checkbox"/> Прочее 11 <input type="checkbox"/> Чернокожий/Афроамериканец 05 <input type="checkbox"/> Америки 06 <input type="checkbox"/> Не относится 08 <input type="checkbox"/> Житель тихоокеанских островов 10 <input type="checkbox"/> Не указано 09			
h. <b>Относится ли данное лицо к одной из перечисленных ниже категорий?:</b> <input type="checkbox"/> Лицо с задержкой развития 01 <input type="checkbox"/> Беременная женщина 03 <input type="checkbox"/> Беженец 02 <input type="checkbox"/> Ветеран 09 <input type="checkbox"/> Лицо с ограниченными возможностями 05 <input type="checkbox"/> Мать в послеродовой <input type="checkbox"/> Эвакуированное лицо 06 <input type="checkbox"/> PTSD <input type="checkbox"/> Лицо, страдающее психическим <input type="checkbox"/> период 07 <input type="checkbox"/> Недавно прибывший <input type="checkbox"/> (Посттравматический синдром) 13 <input type="checkbox"/> расстройством 04 <input type="checkbox"/> Кормящая мать 11 <input type="checkbox"/> иммигрант 14 <input type="checkbox"/> Не относится 08 <input type="checkbox"/> Прочее 10 <input type="checkbox"/> Неприменимо 08 <input type="checkbox"/> Не указано 12			