



Le damos la bienvenida a nuestra Red

¿Por qué le hacemos estas preguntas?

- Para dar un mejor servicio a nuestras comunidades al entender de mejor forma la experiencia y los antecedentes de las personas y así mejorar nuestros programas y trabajar a favor de recursos para nuestra comunidad.
- Sabemos que estamos hechos de algo más que las casillas que ofrecemos en este formulario. También entendemos que las comunidades de color y que las personas de la comunidad LGBTQ+ se encuentran en las tasas más altas de inseguridad alimentaria. Le pedimos que nos diga su origen étnico, idioma, género y estado parental para que podamos abordar mejor las necesidades de su comunidad.
- Cualquier información que usted comparta es confidencial y se mantendrá en privado **dentro de nuestra red, y no se usará para cambiar los servicios que usted recibe aquí o a través de otros programas.**
- No somos un programa gubernamental. **Ninguna información personal se compartirá con el gobierno ni con otra organización independiente.**
- **Otorgar esta información es opcional y no se requiere para que usted reciba alimentos.**
- Solo necesitará otorgar su información una sola ocasión en cualquiera de las sucursales que usen Link2Feed.
- Puede usar su tarjeta de Link2Feed en cualquier despensa de alimentos que use Link2Feed.
- Si tiene preguntas, o si necesita ayuda para llenar el formulario, por favor, pida ayuda a un miembro del personal o a un voluntario en el lugar. Con gusto le ayudaremos.

Cómo llenarlo:

- Las preguntas en la primera página (en el frente y en el dorso) son para usted. No se olvide del dorso de la página.
- La segunda página (en el frente y en el dorso) es para los miembros adicionales de su hogar con los que usted comparte los alimentos (cónyuge, hijos, otros familiares, etc.). Puede incluir a dos personas por cada lado de la página. Si usted tiene una unidad familiar mayor a 5 personas, por favor, pida una hoja extra.
- Si usted no quiere contestar algunas de las preguntas, puede marcar la casilla que dice “prefiero no responder”. Si no ve la opción de la casilla “prefiero no responder” para alguna pregunta, por favor, pregunte sobre otras opciones a un miembro del personal o a un voluntario.

Cuando termine:

- Entregue este formulario a un miembro del personal o a un voluntario para su revisión.. Ellos se asegurarán de poder leer las respuestas otorgadas y de que haya una respuesta marcada en cada casilla.

¡Muchas gracias por su ayuda!

Si necesita este formulario en otro idioma, por favor, pídalo.

La información recolectada solo se utilizará dentro de la red de despensas del Banco de Comida de Oregon y permanecerá anónima para terceros. Esta información no se compartirá con el gobierno ni se utilizará para restringir los servicios que usted recibe. Somos un proveedor con igualdad de oportunidades. No se le negará ningún servicio si usted decide no llenar este formulario. Puede compartir tanta o tan poca información como desee. Gracias por su ayuda.

a. ¿Cuándo tuvo acceso por primera vez a la asistencia alimentaria? (Puede estimar): Fecha: _____	
b. Apellido: _____	c. Primer nombre: _____
d. Fecha de nacimiento: ____/____/____ (mm/dd/aaaa) e. ¿Es esta fecha de nacimiento aproximada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
f. Identidad de género: <input type="checkbox"/> Sexo femenino ⁰¹ <input type="checkbox"/> Sexo masculino ⁰² <input type="checkbox"/> Hombre transgénero ⁰³ <input type="checkbox"/> Mujer transgénero ⁰⁴ <input type="checkbox"/> No binario ⁰⁵ <input type="checkbox"/> Género no conforme ⁰⁶ <input type="checkbox"/> Ninguna de estas ⁰⁷ <input type="checkbox"/> No sé ⁰⁸ <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar ⁰⁹	
g. Dirección: _____	
h. Dirección (línea 2): _____ i. Condado: _____	
j. Ciudad: _____ k. Estado: _____ l. Código postal: _____	
<input type="checkbox"/> No tiene dirección fija <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	
m. <u>¿Cuál es su situación de vivienda actual?</u> (Seleccione una opción)	
<input type="checkbox"/> Un lugar que renta ⁰¹ <input type="checkbox"/> Dueño de su vivienda ⁰² <input type="checkbox"/> La vivienda de otra persona ⁰³ <input type="checkbox"/> Un refugio ⁰⁴ <input type="checkbox"/> Al aire libre ⁰⁵ <input type="checkbox"/> En otro lugar ⁰⁶ <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar ⁰⁷ <input type="checkbox"/> No sé ⁰⁸	
n. Dirección de correo electrónico: _____	
o. Número de teléfono: _____ (Nos comunicaremos con usted únicamente si hay información importante sobre los servicios, como el cierre de despensas o información sobre los esfuerzos de defensoría por ciertos servicios o políticas en particular).	
p. <u>¿Qué idioma(s) se habla(n) en su hogar?</u> (Seleccione todas las opciones que correspondan)	
<input type="checkbox"/> Inglés ⁰¹ <input type="checkbox"/> Español ⁰² <input type="checkbox"/> Somalí ⁰³ <input type="checkbox"/> Vietnamita ⁰⁴ <input type="checkbox"/> Ruso ⁰⁵ <input type="checkbox"/> Mandarín ⁰⁶ <input type="checkbox"/> Hindi/urdu ⁰⁷ <input type="checkbox"/> Árabe ⁰⁸ <input type="checkbox"/> Otro: _____ ⁰⁹	
q. <u>¿Cuál es su raza o grupo étnico?</u> (Seleccione todas las opciones que correspondan)	
<input type="checkbox"/> Blanco ⁰¹ <input type="checkbox"/> Hispano/latino ⁰² <input type="checkbox"/> Eslavo/de Europa del este ⁰³ <input type="checkbox"/> Asiático ⁰⁴ <input type="checkbox"/> Negro/africano ⁰⁵ <input type="checkbox"/> De oriente medio/de África del norte ⁰⁶ <input type="checkbox"/> Negro/afro estadounidense ⁰⁷ <input type="checkbox"/> Aborigen estadounidense/indígena estadounidense/nativo de Alaska ⁰⁸ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/de otras islas del Pacífico ⁰⁹ <input type="checkbox"/> Otra raza o etnia ¹⁰ <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar ¹¹ <input type="checkbox"/> No sé ¹²	
r. <u>¿Vive actualmente con una discapacidad?</u> (Seleccione una opción)	
<input type="checkbox"/> No ⁰¹ <input type="checkbox"/> Sí ⁰² <input type="checkbox"/> No sé ⁰³ <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar ⁰⁴	
s. <u>¿Se identifica como una de las siguientes opciones?</u> (Seleccione una opción)	
<input type="checkbox"/> Padre/madre soltero(a) o cuidador(a) de menores de 18 años ⁰¹ <input type="checkbox"/> No ⁰² <input type="checkbox"/> No sé ⁰³ <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar ⁰⁴	

(Dé vuelta a la hoja)

(Entrada de datos: cambie para agregar miembros del grupo familiar y luego regrese a la

parte posterior)

t. **¿Cuál es la fuente principal de ingresos de su grupo familiar?** (Seleccione las fuentes principales de ingresos de su grupo familiar)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Trabajo de tiempo completo ₀₁ | <input type="checkbox"/> Trabajo de medio tiempo ₀₂ | |
| <input type="checkbox"/> Beneficios del Seguro Social ₀₃ | <input type="checkbox"/> Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés) ₀₄ | |
| <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola o por día ₀₅ | <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) ₀₆ | |
| <input type="checkbox"/> Ayuda económica para estudiantes ₀₇ | <input type="checkbox"/> Jubilación o pensión ₀₈ | |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo ₀₉ | <input type="checkbox"/> Fondos tribales ₁₀ | <input type="checkbox"/> Sin ingresos ₁₁ |
| <input type="checkbox"/> Apoyo de familiares o amigos ₁₂ | <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar ₁₃ | <input type="checkbox"/> No sé ₁₄ |

u. **¿Alguna persona en su grupo familiar recibe beneficios de SNAP?** (Tarjeta de Oregon Trail en Oregon, antes conocida como cupones para alimentos) (Seleccione una opción)

- No ₀₁ Sí ₀₂ No sé ₀₃ Prefiero no contestar ₀₄

v. **¿Recibe su grupo familiar actualmente cualquiera de los siguientes?** (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Almuerzo gratuito o a precio reducido ₀₁ | <input type="checkbox"/> No sé ₀₂ |
| <input type="checkbox"/> Medicaid (Plan de Salud de Oregon en Oregon) ₀₃ | <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar ₀₄ |
| <input type="checkbox"/> WIC (Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños) ₀₅ | |

w. **¿Alguna persona de su grupo familiar tiene consideraciones alimentarias?** (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bajo en azúcar/bajo en carbohidratos (“apto para diabéticos”) ₀₁ | <input type="checkbox"/> Bajo en sodio (sal)/bajo en grasas saturadas (“saludable para el corazón”) ₀₂ |
| <input type="checkbox"/> Alérgeno alimentario (por ejemplo cacahuate, marisco, productos lácteos) ₀₃ | <input type="checkbox"/> Otro tipo de alérgeno ₀₄
(Especifique: _____) |
| <input type="checkbox"/> Equipamiento limitado/Sin equipamiento de cocina ₀₅ | <input type="checkbox"/> Sin gluten ₀₆ |
| <input type="checkbox"/> Halal ₀₇ | <input type="checkbox"/> Kosher ₀₈ |
| <input type="checkbox"/> Dieta blanda/preocupaciones dentales ₀₉ | <input type="checkbox"/> Vegetariano ₁₀ |
| <input type="checkbox"/> Vegano ₁₁ | <input type="checkbox"/> Otros ₁₂ |
| <input type="checkbox"/> Ninguno ₁₃ | <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar ₁₄ |
| <input type="checkbox"/> No sé ₁₅ | |

Apellido del titular: _____ Primer nombre: _____

Otros miembros del grupo familiar: (Incluya cada persona con quien comparte este alimento a continuación y al dorso).

a. Apellido: _____ b. Primer nombre: _____					
c. Fecha de nacimiento: ____/____/____ (mm/dd/aaaa) d. ¿Es esta fecha de nacimiento aproximada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
e. ¿Asiste esta persona a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No f. Si contestó "Sí", ¿a qué escuela? _____					
g. Identidad de género:					
<input type="checkbox"/> Sexo femenino ⁰¹	<input type="checkbox"/> Sexo masculino ⁰²	<input type="checkbox"/> Hombre transgénero ⁰³			
<input type="checkbox"/> Mujer transgénero ⁰⁴	<input type="checkbox"/> No binario ⁰⁵	<input type="checkbox"/> Género no conforme ⁰⁶			
<input type="checkbox"/> Ninguno de estos ⁰⁷	<input type="checkbox"/> No sé ⁰⁸	<input type="checkbox"/> Prefiere no contestar ⁰⁹			
h. Esta persona es su...					
<input type="checkbox"/> Cónyuge ⁰¹	<input type="checkbox"/> Pareja de unión consensual o de hecho (Common-Law) ⁰²	<input type="checkbox"/> Hijo(a) ⁰³	<input type="checkbox"/> Padre/madre ⁰⁴		
<input type="checkbox"/> Hermano(a) ⁰⁵	<input type="checkbox"/> Nieto(a) ⁰⁶	<input type="checkbox"/> Abuelo(a) ⁰⁷	<input type="checkbox"/> Otro pariente ⁰⁸	<input type="checkbox"/> Novio(a) ⁰⁹	<input type="checkbox"/> Amigo(a) ¹⁰
<input type="checkbox"/> Compañero(a) de habitación o apartamento ¹¹	<input type="checkbox"/> Otro ¹²	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar ¹³	<input type="checkbox"/> No sé ¹⁴		
i. ¿Cuál es su grupo étnico? (Seleccione todas las opciones que correspondan)					
<input type="checkbox"/> Blanco ⁰¹	<input type="checkbox"/> Hispano/latino ⁰²	<input type="checkbox"/> Esclavo/de Europa del este ⁰³	<input type="checkbox"/> Asiático ⁰⁴	<input type="checkbox"/> Negro/africano ⁰⁵	
<input type="checkbox"/> De oriente medio/de África del norte ⁰⁶	<input type="checkbox"/> Negro/afroestadounidense ⁰⁷				
<input type="checkbox"/> Aborigen estadounidense/indígena estadounidense/nativo de Alaska ⁰⁸					
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/de otras islas del Pacífico ⁰⁹	<input type="checkbox"/> Otra raza o etnia ¹⁰	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar ¹¹	<input type="checkbox"/> No sé ¹²		
j. ¿Viven actualmente con una discapacidad? (Seleccione una opción)					
<input type="checkbox"/> Sí ⁰¹	<input type="checkbox"/> No ⁰²	<input type="checkbox"/> No sé ⁰³	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar ⁰⁴		
k. ¿Se identifican como una de las siguientes opciones? (Seleccione una opción)					
<input type="checkbox"/> Padre/madre soltero(a) o cuidador(a) de menores de 18 años ⁰¹	<input type="checkbox"/> No sé ⁰²	<input type="checkbox"/> No ⁰³	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar ⁰⁴		
a. Apellido: _____ b. Primer nombre: _____					
c. Fecha de nacimiento: ____/____/____ (mm/dd/aaaa) d. ¿Es esta fecha de nacimiento aproximada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
e. ¿Asiste esta persona a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No f. Si contestó "Sí", ¿a qué escuela? _____					
g. Identidad de género:					
<input type="checkbox"/> Sexo femenino ⁰¹	<input type="checkbox"/> Sexo masculino ⁰²	<input type="checkbox"/> Hombre transgénero ⁰³			
<input type="checkbox"/> Mujer transgénero ⁰⁴	<input type="checkbox"/> No binario ⁰⁵	<input type="checkbox"/> Género no conforme ⁰⁶			
<input type="checkbox"/> Ninguno de estos ⁰⁷	<input type="checkbox"/> No sé ⁰⁸	<input type="checkbox"/> Prefiere no contestar ⁰⁹			
h. Esta persona es su...					
<input type="checkbox"/> Cónyuge ⁰¹	<input type="checkbox"/> Pareja de unión consensual o de hecho (Common-Law) ⁰²	<input type="checkbox"/> Hijo(a) ⁰³	<input type="checkbox"/> Padre/madre ⁰⁴		
<input type="checkbox"/> Hermano(a) ⁰⁵	<input type="checkbox"/> Nieto(a) ⁰⁶	<input type="checkbox"/> Abuelo(a) ⁰⁷	<input type="checkbox"/> Otro pariente ⁰⁸	<input type="checkbox"/> Novio(a) ⁰⁹	<input type="checkbox"/> Amigo(a) ¹⁰
<input type="checkbox"/> Compañero(a) de habitación o apartamento ¹¹	<input type="checkbox"/> Otro ¹²	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar ¹³	<input type="checkbox"/> No sé ¹⁴		
i. ¿Cuál es su grupo étnico? (Seleccione todas las opciones que correspondan)					
<input type="checkbox"/> Blanco ⁰¹	<input type="checkbox"/> Hispano/latino ⁰²	<input type="checkbox"/> Esclavo/de Europa del este ⁰³	<input type="checkbox"/> Asiático ⁰⁴	<input type="checkbox"/> Negro/africano ⁰⁵	
<input type="checkbox"/> De oriente medio/de África del norte ⁰⁶	<input type="checkbox"/> Negro/afroestadounidense ⁰⁷				
<input type="checkbox"/> Aborigen estadounidense/indígena estadounidense/nativo de Alaska ⁰⁸					
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/de otras islas del Pacífico ⁰⁹	<input type="checkbox"/> Otra raza o etnia ¹⁰	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar ¹¹	<input type="checkbox"/> No sé ¹²		
j. ¿Viven actualmente con una discapacidad? (Seleccione una opción)					
<input type="checkbox"/> Sí ⁰¹	<input type="checkbox"/> No ⁰²	<input type="checkbox"/> No sé ⁰³	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar ⁰⁴		
k. ¿Se identifican como una de las siguientes opciones? (Seleccione una opción)					
<input type="checkbox"/> Padre/madre soltero(a) o cuidador(a) de menores de 18 años ⁰¹	<input type="checkbox"/> No sé ⁰²	<input type="checkbox"/> No ⁰³	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar ⁰⁴		

a. Apellido: _____		b. Primer nombre: _____	
c. Fecha de nacimiento: ____/____/____ (mm/dd/aaaa)		d. ¿Es esta fecha de nacimiento aproximada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
e. ¿Asiste esta persona a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		f. Si contestó "Sí", ¿a qué escuela? _____	
g. Identidad de género:			
<input type="checkbox"/> Sexo femenino ⁰¹	<input type="checkbox"/> Sexo masculino ⁰²	<input type="checkbox"/> Hombre transgénero ⁰³	
<input type="checkbox"/> Mujer transgénero ⁰⁴	<input type="checkbox"/> No binario ⁰⁵	<input type="checkbox"/> Género no conforme ⁰⁶	
<input type="checkbox"/> Ninguno de estos ⁰⁷	<input type="checkbox"/> No sé ⁰⁸	<input type="checkbox"/> Prefiere no contestar ⁰⁹	
h. Esta persona es su...			
<input type="checkbox"/> Cónyuge ⁰¹	<input type="checkbox"/> Pareja de unión consensual o de hecho (Common-Law) ⁰²	<input type="checkbox"/> Hijo(a) ⁰³	<input type="checkbox"/> Padre/madre ⁰⁴
<input type="checkbox"/> Hermano(a) ⁰⁵	<input type="checkbox"/> Nieto(a) ⁰⁶	<input type="checkbox"/> Abuelo(a) ⁰⁷	<input type="checkbox"/> Otro pariente ⁰⁸
<input type="checkbox"/> Compañero(a) de habitación o apartamento ¹¹	<input type="checkbox"/> Otro ¹²	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar ¹³	<input type="checkbox"/> No sé ¹⁴
i. ¿Cuál es su grupo étnico? (Seleccione todas las opciones que correspondan)			
<input type="checkbox"/> Blanco ⁰¹	<input type="checkbox"/> Hispano/latino ⁰²	<input type="checkbox"/> Esclavo/de Europa del este ⁰³	<input type="checkbox"/> Asiático ⁰⁴
<input type="checkbox"/> De oriente medio/de África del norte ⁰⁶	<input type="checkbox"/> Negro/afroestadounidense ⁰⁷	<input type="checkbox"/> Negro/africano ⁰⁵	
<input type="checkbox"/> Aborigen estadounidense/indígena estadounidense/nativo de Alaska ⁰⁸		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/de otras islas del Pacífico ⁰⁹	
<input type="checkbox"/> Otra raza o etnia ¹⁰		<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar ¹¹	
<input type="checkbox"/> No sé ¹²			
j. ¿Viven actualmente con una discapacidad? (Seleccione una opción)			
<input type="checkbox"/> Sí ⁰¹ <input type="checkbox"/> No ⁰² <input type="checkbox"/> No sé ⁰³ <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar ⁰⁴			
k. ¿Se identifican como una de las siguientes opciones? (Seleccione una opción)			
<input type="checkbox"/> Padre/madre soltero(a) o cuidador(a) de menores de 18 años ⁰¹ <input type="checkbox"/> No sé ⁰² <input type="checkbox"/> No ⁰³ <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar ⁰⁴			
a. Apellido: _____		b. Primer nombre: _____	
c. Fecha de nacimiento: ____/____/____ (mm/dd/aaaa)		d. ¿Es esta fecha de nacimiento aproximada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
e. ¿Asiste esta persona a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		f. Si contestó "Sí", ¿a qué escuela? _____	
g. Identidad de género:			
<input type="checkbox"/> Sexo femenino ⁰¹	<input type="checkbox"/> Sexo masculino ⁰²	<input type="checkbox"/> Hombre transgénero ⁰³	
<input type="checkbox"/> Mujer transgénero ⁰⁴	<input type="checkbox"/> No binario ⁰⁵	<input type="checkbox"/> Género no conforme ⁰⁶	
<input type="checkbox"/> Ninguno de estos ⁰⁷	<input type="checkbox"/> No sé ⁰⁸	<input type="checkbox"/> Prefiere no contestar ⁰⁹	
h. Esta persona es su...			
<input type="checkbox"/> Cónyuge ⁰¹	<input type="checkbox"/> Pareja de unión consensual o de hecho (Common-Law) ⁰²	<input type="checkbox"/> Hijo(a) ⁰³	<input type="checkbox"/> Padre/madre ⁰⁴
<input type="checkbox"/> Hermano(a) ⁰⁵	<input type="checkbox"/> Nieto(a) ⁰⁶	<input type="checkbox"/> Abuelo(a) ⁰⁷	<input type="checkbox"/> Otro pariente ⁰⁸
<input type="checkbox"/> Compañero(a) de habitación o apartamento ¹¹	<input type="checkbox"/> Otro ¹²	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar ¹³	<input type="checkbox"/> No sé ¹⁴
i. ¿Cuál es su grupo étnico? (Seleccione todas las opciones que correspondan)			
<input type="checkbox"/> Blanco ⁰¹	<input type="checkbox"/> Hispano/latino ⁰²	<input type="checkbox"/> Esclavo/de Europa del este ⁰³	<input type="checkbox"/> Asiático ⁰⁴
<input type="checkbox"/> De oriente medio/de África del norte ⁰⁶	<input type="checkbox"/> Negro/afroestadounidense ⁰⁷	<input type="checkbox"/> Negro/africano ⁰⁵	
<input type="checkbox"/> Aborigen estadounidense/indígena estadounidense/nativo de Alaska ⁰⁸		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/de otras islas del Pacífico ⁰⁹	
<input type="checkbox"/> Otra raza o etnia ¹⁰		<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar ¹¹	
<input type="checkbox"/> No sé ¹²			
j. ¿Viven actualmente con una discapacidad? (Seleccione una opción)			
<input type="checkbox"/> Sí ⁰¹ <input type="checkbox"/> No ⁰² <input type="checkbox"/> No sé ⁰³ <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar ⁰⁴			
k. ¿Se identifican como una de las siguientes opciones? (Seleccione una opción)			
<input type="checkbox"/> Padre/madre soltero(a) o cuidador(a) de menores de 18 años ⁰¹ <input type="checkbox"/> No sé ⁰² <input type="checkbox"/> No ⁰³ <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar ⁰⁴			

Otros miembros del grupo familiar: (Incluya a cada persona con quien comparte este alimento a continuación).