CAPITAL AREA FOOD BANK®

서비스 (Service)
인사이트 (Insights)
이니셔티브 (Initiative)

직원용 (FOR STAFF USE ONLY):

바코드 #: (Barcode #:)_____

서비스 인사이트 접수 양식– 또록또록하게 정자로 쓰시오 (Service Insights Intake Form – Please Print Clearly) 날짜 (Date): _____

필수 질문은 *진하게 표시되어 있습니다 (Required Questions are *bold)

* **이름 (First name):**_____ * **성 (Last name):** _____

* **생년월일 (Date of Birth):** _____/_____/_____(년도/월/일) (mm/dd/yyyy) 혹은 (OR) 나이 (Age):_____

***젠더 (Gender)**:

□ 남성 (Male) □ 여성 (Female) □ 성전환자 (Transgender) □ 성전환여성/여자 (Trans Female/Trans Woman)

□ 성전환 남성/남자(Trans Male/Trans Man) □ 논바이너리 (여성도 남성도 아님) (Non-binary)

□ 젠더 비순응 (Gender non-conforming) □ 이 중 어느 것도 아니다 (None of these)

***인종/민족(해당 사항 모두를 선택하시오) (Race/Ethnicity (choose all that apply):**

□ 백인 (White) □ 히스패닉, 라티노 혹은 스페인계 (Hispanic, Latino, or Spanish) □ 흑인이나 미국 흑인(Black or African American)

□ 아시아인 (Asian) □ 미국 원주민이나 알래스카 원주민 (American Indian or Alaska Native)

□ 중동인이나 북아프리카인(Middle Eastern or North African) □ 하와이 원주민이나 다른 태평양 섬사람 (Native Hawaiian or Other Pacific Islander)

□ 다른 인종이나 민족(Some other race or ethnicity) □ 모르겠다/ 답변하고 싶지 않다 (Don't Know / Prefer not to answer)

* **주소 (Address):** _____ 주소 (두 번째 줄) (Address (Line 2)): _____

* **도시 (City):**_____ ***주 (State):**_____ * **우편번호 (Zip code):** _____

* **카운티 (County):** _____

□ 고정된 주소 없음 (No fixed address)

이메일 주소 (Email Address): _____

□ 이메일로 연락해도 괜찮다 (Ok to contact via email)

어떤 방법으로 통신하는 것을 원하십니까?

(What method of communication do you prefer?)

□ 문자 (Text) □ 전화 (Call) □ 이메일 (Email)

***전화번호 (Phone number):** _____

□ 전화로 연락해도 괜찮다 (Ok to contact via phone)

□ 전화 없음 (No phone)

통신을 원하는 언어 (Preferred Language(s)):

□ 영어 (English)

□ 스페인어 (Spanish)

□ 한국어 (Korean)

□ 아랍어 (Arabic)

□ 암하라어 (Amharic)

□ 기타 (Other): _____

통역 서비스가 필요하십십니까? (Do you need translation services?)

□ 예 (Yes) □ 아니요 (No)

***같이 사는 가족 수 – 같이 사는 가족 구성원 모두에 대해 다음의 정보를 적어주십시오.**

(*HOUSEHOLD MEMBERS - Provide the following information for all other members living in the household)

***이름 (First Name)**	***성 (Last Name)**	***생년월일 (년도/월/일) 혹은 나이 [Date of Birth (Month/Day/Year) OR Age]**	젠더(성) (Gender)	민족 (Ethnicity)

대리인: 귀하를 대신해 식품을 가져갈 분이 계십니까? (Proxy: Is there someone else who may pick up food for you?)

이름 (First name):_____ 성 (Last name):_____ 전화번호 (Phone number): _____

*** 가족 중에 푸드 스탬프로도 알려진 SNAP 혜택을 받고 있는 분이 있습니까? (Is anyone in your household currently receiving SNAP, also known as food stamps?)**

□ 예 (Yes) □ 아니요 (No) □ 모르겠다/ 답변하고 싶지 않다 (Don't know / Prefer not to answer)

다른 정부 프로그램(해당 사항 모두를 선택하시오)

(Other Government Programs (select all that apply))

□ TANF 혹은 현금 지원 (cash assistance) (TANF or cash assistance)

□ 여성/신생아/어린이 (WIC) (Women, Infants, and Children (WIC)

□ 사회보장 (Social Security)

□ 보충적 소득 보장 (SSI) (Supplemental Security Income (SSI))

□사회보장 장애보험 (SSDI)이나장애 급여

(Social Security Disability Insurance (SSDI) or disability payments)

□ 메디케어 (Medicare)

□ 메디케이드 (Medicaid)

□ 아동 건강 보험 프로그램 (CHIP) (Children's Health Insurance Program (CHIP)

□ 무료/저가 학교 급식 (Free/reduced price school meals)

□ 근로소득 세액공제 (EITC) 혹은 다른 환불 가능한 세액 공제
(Earned Income Tax Credit (EITC) or other refundable tax credits)

□ 저소득 에너지 지원 프로그램 (LIHEAP)
(Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)

□ 실업 급여 (Unemployment)

□ 산재보험 (Worker's Compensation)

□ 주택 부조 (Housing subsidies)

□ 퇴역 군인 지원 (Veteran's Assistance)

□ 상품 보충 식품 프로그램 (Commodity Supplemental Food Program)

가게 월 소득 (Household Monthly Income):

☐ 0 ☐ $500 미만 (Less than $500) ☐ $500 – $999

☐ $1,000 – $1,999 ☐ $2,000 – $2,999 ☐ $3,000 – $3,999

☐ $4,000 이상 ($4,000 or more) ☐ 모르겠다/ 답변하고 싶지 않다 (Don't know / Prefer not to answer)

군대 근무 여부 (Military Status):

☐ 그렇다. 과거에 군에서 근무하고 지금은 아니다 (Yes, on active duty in the past, but not now) ☐ 그렇다. 현재 현역병이다. (Yes, now on active duty)

☐ 아니다. 기초/기본 훈련을 제외하고는 현역으로 근무한 적이 없다. (No, never on active duty except for initial/basic training)

☐ 모르겠다/ 답변하고 싶지 않다 (Don't know / Prefer not to answer)

☐ 아니다. 미군에서 근무한 적이 한 번도 없다. (No, never served in the U.S. Armed Forces)

식단 정보 (Dietary Considerations):

☐ 저당/저탄수화물 ("당뇨에 좋은 음식")
[Low-sugar / low-carb ("diabetes-friendly")]

☐ 무글루텐 (Gluten-free)

☐ 채식주의 (Vegetarian)

☐ 음식 알레르기 (Food allergen): _____

☐ 제한 사항 없음 (No restrictions)

☐ 저염/저포화 지방("심장에 좋은 음식")
[Low-sodium / low-saturated fat ("heart healthy")]

☐ 코셔 (Kosher)

☐ 부드러운 음식/치아에 대한 염려 (Soft diet / dental concerns)

☐ 기타 (Other):_____

☐ 할랄 (Halal)

☐ 비건 (Vegan)

☐ 제한적인 환경/요리 기구 없음 (Limited / No cooking equipment)

☐ 모르겠다/ 답변하고 싶지 않다 (Don't know / Prefer not to answer

유의: 저희가 알려주고 싶은 모든 정보를 적어주십시오. 예: "기저귀를 구하고 있음." "개 사료를 구함."

(Notes: include any information you would like us to know. Examples: "Looking for diapers." "We need dog food.")

CAFB 데이터 약속 (THE CAFB DATA PROMISE)

귀하와 귀하의 정보를 성의 있고 존중해서 다루겠습니다. (We will treat you and your information with dignity and respect.)

귀하의 정보를 안전하고 안심되게 보관하겠습니다. (We will keep your information safe and secure.)

귀하에게 더 나은 서비서를 제공하는 목적으로만 이 정보를 사용하겠습니다. (We will only use this information to provide better services for you.)