

فقط اهداف اداری	
نام مکان:	تاریخ کمک:
ش کارت:	<input type="checkbox"/> ورودی کامل

نسخه انگلیسی

ثبت نام عضو جدید مرکز پخش

ما این اطلاعات را جمع‌آوری می‌کنیم تا درباره اجتماعان بیشتر بدانیم. تمامی اطلاعات محرمانه نگهداری می‌شود. لطفاً فرم را فقط با حروف انگلیسی پر کنید. اگر به کمک نیاز دارید، لطفاً به یکی از نیروهای داوطلب یا پرسنل اطلاع دهید.

۱. نام کامل:		۲. تاریخ تولد:	
۳. تعداد کل اعضای خانوار:		۴. تعداد اعضای خانوار در هر رده سنی:	
_____		کودکان (۰ - ۱۷):	بزرگسال (۱۸ - ۵۹):
۵. نشانی خیابان:		شهر:	کد زیپ:
_____		_____	_____
۶. شماره تلفن:		<input type="checkbox"/> برای دریافت پیام‌های به‌روزرسانی از BFN، مربع را علامت بزنید _____ نرخ استاندارد پیام اعمال خواهد شد	
۷. نژاد/قومیت خود را چه می‌دانید؟ (همه مواردی را که صدق می‌کند انتخاب کنید) <input type="checkbox"/> هیسپنیک یا لاتینکس <input type="checkbox"/> سیاه‌پوست یا آمریکایی آفریقایی <input type="checkbox"/> سفیدپوست یا قفقازی <input type="checkbox"/> خاور میانه یا آفریقای شمالی <input type="checkbox"/> آمریکایی آسیایی/جزایز پاسیفیک <input type="checkbox"/> بومی آمریکایی/بومی هاوایی <input type="checkbox"/> ترجیح می‌دهم نگویم <input type="checkbox"/> نژاد یا قومیت دیگر، لطفاً بنویسید: _____			
۸. زبان مورد ترجیح شما چیست؟ (لطفاً یک مورد را انتخاب کنید) <input type="radio"/> انگلیسی <input type="radio"/> اسپانیایی <input type="radio"/> کانتونی <input type="radio"/> ماندارین <input type="radio"/> ویتنامی <input type="radio"/> فیلیپینو/تاگالوگ <input type="radio"/> عربی <input type="radio"/> فارسی <input type="radio"/> ASL <input type="radio"/> سایر زبان‌ها: _____			
۹. از چه طریق با مرکز پخش غذا آشنا شدید؟ (لطفاً یک مورد را انتخاب کنید) <input type="radio"/> خانواده/دوستان <input type="radio"/> اعلامیه <input type="radio"/> مدرسه <input type="radio"/> کار <input type="radio"/> شبکه‌های اجتماعی <input type="radio"/> وبسایت <input type="radio"/> مجتمع مسکونی <input type="radio"/> رد شدن حین پیاده‌روی/رانندگی <input type="radio"/> سایر: _____			
۱۰. آیا هر کدام از این دسته‌بندی‌های اجتماعی در مورد شما صدق می‌کند؟ (همه مواردی را که صدق می‌کند انتخاب کنید) <input type="checkbox"/> دانشجوی کالج <input type="checkbox"/> کهنه‌سرباز <input type="checkbox"/> توان‌یاب <input type="checkbox"/> زندانی سابق <input type="checkbox"/> بی‌کار <input type="checkbox"/> هیچ کدام صدق نمی‌کند			
۱۱. آیا کسی در خانوار شما CalFresh/Snap EBT دریافت می‌کند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر ۱۲. اگر خیر، آیا مایل هستید ارزیابی اولیه برای CalFresh/Snap EBT در مورد شما انجام شود؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			

تمامی اطلاعات در یک پایگاه داده مشترک کامپیوتری مبتنی بر فضای ابری ذخیره می‌شود که اطلاعات مربوط به افراد نیازمند کمک غذایی را ثبت می‌کند. تمامی اطلاعات هویتی فردی مانند نام، نشانی کامل و شماره تلفن‌ها با هیچ‌کسی غیر از شبکه غذایی برکلی (BFN) و بانک غذای اجتماع شهرستان آلامدا (ACCFB) به اشتراک گذاشته نخواهد شد. BFN از این اطلاعات برای کسب آگاهی در مورد نحوه خدمت‌رسانی بهتر به اجتماع با کمک‌های غذایی اضطراری و سایر خدمات اجتماع‌محور استفاده می‌کند.

امضای این توافق‌نامه به BFN و ACCFB اجازه می‌دهد اطلاعات شما را به مدت سه سال ذخیره کنند. اگر می‌خواهید اطلاعات شما از این پایگاه داده خصوصی و امن حذف شود، می‌توانید با BFN و ACCFB مکاتبه و درخواست کنید که در سامانه صدای مشتری Oasis مشارکت نکنند. من به سازمان‌های شبکه غذایی برکلی و شبکه BFN مجوز می‌دهم اطلاعات پایه من را جمع‌آوری و به‌طور ایمن ذخیره کنند.

تاریخ _____

امضا _____