



À des fins administratives uniquement	
Nom du site :	Date de l'assistance :
Carte n° :	<input type="checkbox"/> Inscription complète

Version française (traduction)

Nouvelle inscription à la banque alimentaire

Nous recueillons ces informations pour apprendre à mieux connaître notre communauté. Toutes ces informations restent confidentielles. Veuillez remplir ce formulaire en utilisant l'alphabet latin uniquement. Si besoin, veuillez demander de l'aide à un bénévole ou à un employé.

1 Nom complet :		2. Date de naissance :	
3. Nombre total de personnes dans le foyer : _____	4. Nombre de personnes du foyer dans chaque tranche d'âge : Enfants (0 – 17) : _____ Adultes (18 – 59) : _____ Séniors (60+) : _____		
5. Adresse :	Ville :	Code postal :	<input type="checkbox"/> Cochez cette case en cas d'absence de domicile fixe
6. Numéro de téléphone :		<input type="checkbox"/> Cochez cette case pour recevoir des informations de BFN par SMS <i>Des frais courants de messagerie s'appliquent</i>	
7. Comment vous identifiez-vous en termes d'origine ethnique ou culturelle ? (sélectionnez une ou plusieurs réponses) <input type="checkbox"/> Hispanique ou latino-américaine <input type="checkbox"/> Noire ou afro-américaine <input type="checkbox"/> Blanche ou caucasienne <input type="checkbox"/> Moyen-orientale ou nord-africaine <input type="checkbox"/> Asio-américaine/insulaire du Pacifique <input type="checkbox"/> Amérindienne/hawaïenne <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> Autre origine ethnique ou culturelle à préciser : _____			
8. Veuillez indiquer la langue de votre choix ? (veuillez sélectionner une seule réponse) <input type="radio"/> Français <input type="radio"/> Espagnol <input type="radio"/> Cantonais <input type="radio"/> Mandarin <input type="radio"/> Vietnamien <input type="radio"/> Philippin/tagalog <input type="radio"/> Arabe <input type="radio"/> Farsi <input type="radio"/> Langue des signes <input type="radio"/> Autre langue : _____			
9. Comment avez-vous entendu parler de la banque alimentaire ? (veuillez sélectionner une seule réponse) <input type="radio"/> Famille/ami <input type="radio"/> Prospectus <input type="radio"/> École <input type="radio"/> Lieu de travail <input type="radio"/> Réseaux sociaux <input type="radio"/> Site Web <input type="radio"/> Quartier <input type="radio"/> Passé devant à pied/en voiture <input type="radio"/> Autre : _____			
10. L'une de ces catégories sociales correspond-elle à votre cas ? (sélectionnez une ou plusieurs réponses) <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Ancien combattant <input type="checkbox"/> Personne en situation de handicap <input type="checkbox"/> Ancien détenu <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Aucune de ces catégories			
11. Une personne de votre foyer est-elle bénéficiaire du programme CalFresh/Snap EBT ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
12. Si la réponse est non, voudriez-vous être préselectionné pour le programme CalFresh/Snap EBT ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

L'ensemble des informations est enregistré dans une base de données commune informatisée et gérée dans le Cloud qui répertorie les personnes ayant besoin d'une aide alimentaire. Tous les renseignements personnels comme le nom, l'adresse complète et les numéros de téléphone ne seront partagés **que** dans le cadre des programmes Berkeley Food Network (BFN) et Alameda County Community Food Bank (ACCFB). BFN utilise ces informations dans le but d'améliorer les services d'aide alimentaire d'urgence et d'autres services proposés à ses bénéficiaires.

Le fait de signer ce document autorise BFN et ACCFB à enregistrer vos informations pendant une durée de trois ans. Si vous souhaitez effacer vos informations de cette base de données sécurisée privée, vous pouvez écrire à BFN et ACCFB pour demander de ne **pas** participer à l'Oasis Client Voice System. J'autorise Berkeley Food Network et les agences du réseau de BFN à recueillir et enregistrer mes informations de manière sécurisée.

Signature _____

Date _____