



SPECTRUM FORMULARIO DE REGISTRO DE ALMUERZO 2019-2020

Sitio de Comida: _____ Fecha de Registro: _____

Por favor, imprima la información del participante:

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Zip: _____

Teléfono: (____) _____ -- _____ Email: _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año): ____ / ____ / ____

Para ser legible para este programa tiene que tener 60 años o más*

*Si Usted tiene menos de 60 años, tiene que pagar \$10.00.

Gracias por tomarse el tiempo para completar la información requerida a continuación. Por favor responda las preguntas en **las 3 páginas**. Estos datos son solicitados por nuestras fuentes de financiamiento (que proporcionan el 58% del costo de la comida). Todas las respuestas son **estrictamente confidenciales**.

Es Usted la cabeza de la familia? Si No

¿Vives en una zona rural? Si No

Rural = Lugar geográfico que tiene menos de 2,500 personas y no es un suburbio de una ciudad

¿Vives solo? Si No

¿Eres un veterano de los Estados Unidos? Si No

CONTINÚA EN LA PÁGINA 2

Idioma Preferido:

- Inglés Chino Español Indian Tagalo
- Vietnamita Cambodian Dari/Farsi Other _____

Cual es su genero? (Marque solo uno)

- Masculino Transgenero femenino a masculino
- Femenino Transgenero masculino a femenino
- Genderqueer/ Genero No-binario
- No listado/ Por favor especifique: _____
- Rechazado/no declarado

Cual era su sexo al nacer? (Marque solo uno)

- Masculino Femenino Rechazado /no declarado

How do you describe your sexual orientation or sexual identity? (Check only one)

- Derecho/heterosexual Bisexual Gay/Lesbian/Gay mismo sexo amoroso
- No listado/ Por favor especifique: _____
- Rechazado/no declarado stated

Etnicidad: Hispanic o Latino Not Hispanic o Latino Desconocido

Raza:

- Caucasian (W) American Indian/Alaska Native (AI) Asian Indian (AS)
- Japanese (JA) African American/Black Vietnamese (VI)
- Chinese (CH) Filipino (FI) Hawaiian (HA)
- Korean Other Pacific Islander (OP) Laotian (LA)
- Other Asian Guamanian (GU) Other Race (OR)
- Samoan (SA) Cambodian (CA) Decline to State (RM)

Por favor indique su ingreso mensual de toda el hogar

| 1 person | 2 person | 3 person | 4 person |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> \$0 - \$1,041 | <input type="checkbox"/> \$0 - \$1,409 | <input type="checkbox"/> \$0 - \$1,778 | <input type="checkbox"/> \$0 - \$2,146 |
| <input type="checkbox"/> \$1,042 - \$2,338 | <input type="checkbox"/> \$1,410 - \$2,479 | <input type="checkbox"/> \$1,779 - \$2,788 | <input type="checkbox"/> \$2,147 - \$3,096 |
| <input type="checkbox"/> \$2339 - \$3,617 | <input type="checkbox"/> \$2,480 - \$4,133 | <input type="checkbox"/> \$2,789 - \$4,650 | <input type="checkbox"/> \$3,097 - \$5,163 |
| <input type="checkbox"/> \$3,618 - \$4,675 | <input type="checkbox"/> \$4,134 - \$4,958 | <input type="checkbox"/> \$4,651 - \$5,575 | <input type="checkbox"/> \$5,164 - \$6,192 |
| <input type="checkbox"/> \$4,676 - \$5,750 | <input type="checkbox"/> \$4,959 - \$6,571 | <input type="checkbox"/> \$5,576 - \$7,392 | <input type="checkbox"/> \$6,193 - \$8,213 |
| <input type="checkbox"/> \$5,751 + | <input type="checkbox"/> \$6,572 + | <input type="checkbox"/> \$7,393 + | <input type="checkbox"/> \$8,214 + |

CONTINÚA EN LA PÁGINA 3

INICIATIVA DE CRIBADO NUTRICIONAL

Lea las declaraciones a continuación.

Encierre en un círculo el número en la columna "Sí" que corresponda YES

| | |
|---|--------------------------------|
| Tengo una enfermedad o condición que me hizo cambiar el tipo y la cantidad de alimentos que como. | 2 |
| Yo como menos de 2 comidas al día. | 3 |
| Como menos de 5 porciones (1/2 taza cada una) de frutas o verduras o productos lácteos. | 2 |
| Yo bebo 3 cervezas, licor, o vino casi todos los días. | 2 |
| Yo tengo problemas masticando, tragando y /o tengo problemas con mis dientes o boca para comer. | 2 |
| Yo la mayor parte de el tiempo no tengo dinero para comprar la comida que necesito. | 4 |
| Yo como sola la mayor parte de el tiempo. | 1 |
| Yo tomo 3 o mas prescripciones the venta libre. | 1 |
| Sin querer, he perdido o ganado 10 libras en los últimos 6 meses. | 2 |
| No siempre puedo físicamente comprar, cocinar y / o alimentarme. | 2 |
| | Puntaje TOTAL |
| | Declinado por el Estado |

Firma: _____ Fecha: _____

GRACIAS POR COMPLETAR ESTE FORMULARIO