



ENGLISH

Entered by: _____ Date: _____

Case #: _____ Print Card: Yes No

Consumer Pantry

PO Box 2190, Livermore, CA 94551

Residency Verified by staff:

Member & Family Sign-up

Required		
1. Full Name OR Initials	2. DATE OF BIRTH	3. Age
4. Total number of household members _____		
5. Number of household members in each age range: Infant (< 1) _____ Child (1-5) _____ School Age (6-17) _____ Adults (18-59): _____ Seniors (60+): _____		
6. Street Name or Address	7. City	8. Zip Code
9. Phone Number <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work (_____) _____ Email Address: _____		
Optional		
10. Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Non-Binary <input type="checkbox"/> Prefer not to say		
11. Do you identify as transgender? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefer not to say		
12. How do you self-identify by Race/Ethnicity?		
<input type="checkbox"/> Hispanic, Latinx or Spanish	<input type="checkbox"/> Chinese	<input type="checkbox"/> Native American
<input type="checkbox"/> Black or African American	<input type="checkbox"/> Japanese	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian Or Pacific Islander
<input type="checkbox"/> White or Caucasian	<input type="checkbox"/> Korean	<input type="checkbox"/> Filipino
<input type="checkbox"/> Middle Eastern or North African	<input type="checkbox"/> Vietnamese	<input type="checkbox"/> Indian
		<input type="checkbox"/> SouthEast Asian
		<input type="checkbox"/> Prefer not to say
		<input type="checkbox"/> Some other race or ethnicity please list:: _____
13. What is your preferred language?		
<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Cantonese <input type="checkbox"/> Mandarin <input type="checkbox"/> Taishanese <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Filipino/Tagalog <input type="checkbox"/> Other Language: _____		
14. How do you usually get to this food distribution?		
<input type="checkbox"/> Walk <input type="checkbox"/> Bike <input type="checkbox"/> Car <input type="checkbox"/> Bus/BART <input type="checkbox"/> Taxi/Lyft/Uber <input type="checkbox"/> Paratransit <input type="checkbox"/> Other:: _____		
15. Would you like to be prescreened for CalFresh? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
Phone Number:(_____) _____		
Are you the Female head of household? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
Are you homeless? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		

Release of information agreement:

Oasis Insight is a shared, computerized cloud-based database that records information about people experiencing a need for emergency services, including, but not limited to, food assistance, across Alameda County Community Food Bank's (ACCFB), Network of food distribution sites, including Alameda County Community Food Bank (Participating Agency).

I understand that all information gathered about me is personal and private and that I do not have to participate in Oasis Insight. I understand that my personally identifiable information such as my name, full address and phone numbers, will not be shared with anyone other than the ACCFB and its Network Participating Agencies. ACCFB uses this information only to gain insight about how to better serve the community with emergency food assistance and other community-based services.

I have had an opportunity to ask questions about Oasis Insight and to review the information that this form authorizes to share with the ACCFB's Network Participating Agencies. This Release of Information will remain in effect for three years from the date noted at the bottom of this page unless I make a formal request to Alameda County Community Food Bank (Participating Agency) or ACCFB that I no longer wish to participate in Oasis Insight.

I authorize Alameda County Community Food Bank (Participating Agency) and ACCFB's Network Participating Agencies to collect and safely store my personal basic, identifying and demographic information, as well as that of my dependents, within Oas is Insight.

Signature _____ Date _____



ENGLISH

Consumer Pantry
 PO Box 2190
 Livermore, CA 94551

SECTION V. Household Members					
<i>Please include all household members that you regularly share food with.</i>					
	Name	Date of birth MM/DD/YYYY	Gender	Ethnicity	Relationship to Head of Household:
1					<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Spouse/Partner <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Other _____
2					<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Spouse/Partner <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Other _____
3					<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Spouse/Partner <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Other _____
4					<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Spouse/Partner <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Other _____
5					<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Spouse/Partner <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Other _____
6					<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Spouse/Partner <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Other _____
7					<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Spouse/Partner <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Other _____
8					<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Spouse/Partner <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Other _____
9					<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Spouse/Partner <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Other _____
10					<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Spouse/Partner <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Other _____

Referral source (check only one)?
 SSA 211 Website Open Heart Kitchen CityServe Shelter AXIS Friend/Family TVNPA
 Other: _____

The information in this section that is being requested is not necessary to receive TEFAP food. It is intended as information for other services available at this agency.

To the best of your knowledge:
 What is your **YEARLY** household income? \$ _____
 What is your **MONTHLY** household income? \$ _____

What is the source of your income (check only one)?
 Earned/Employment CalWORKS SSI SSDI Child Support Unemployment GA Worker's Comp
 Unknown None/no income



SPANISH

Entered by: _____ Date: _____

Case #: _____ Card Printed: Yes No

Consumer Pantry

PO Box 2190, Livermore, CA 94551

Residency Verified by staff: _____

Inscripción para Miembro y Familia

Requerido			
1. NOMBRE o INICIAL		2. FECHA DE NACIMIENTO	3. AÑOS
4. Número total de personas en la casa _____		5. MIEMBROS EN EL HOGAR DEPENDIENDO DE SU EDAD	
Niños (< 1) _____ Niños (1-5) _____ Niños (6-17) _____		Adultos (18-59): _____ Personas mayores (60+): _____	
6. Dirección		7. Ciudad	8. CÓDIGO POSTAL
9. Teléfono Principal			
<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo (_____) _____ Correo electrónico: _____			
Opcional			
10. Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Prefiero no decir			
11. ¿Se identifica como transgénero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no decir			
12. ¿Cómo se autodefine en base a su raza o etnicidad?			
<input type="checkbox"/> hispano, latinx o spanish	<input type="checkbox"/> chino	<input type="checkbox"/> nativo americano	<input type="checkbox"/> Indio
<input type="checkbox"/> negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> japonés	<input type="checkbox"/> nativo hawaiano o	<input type="checkbox"/> Sudeste Asiatico
<input type="checkbox"/> blanco o caucásico	<input type="checkbox"/> coreano	isleño del pacífico	<input type="checkbox"/> Prefiero no decir
<input type="checkbox"/> medio oriental o norteafricano	<input type="checkbox"/> vietnamita	<input type="checkbox"/> filipino	<input type="checkbox"/> Opciones que no están en la lista: _____
13. ¿Cuál idioma prefiere?			
<input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> cantonés <input type="checkbox"/> mandarín <input type="checkbox"/> taishané <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> tagalo <input type="checkbox"/> No está en la lista: _____			
14. ¿Cómo llega a este lugar de distribución de alimentos usualmente?			
<input type="checkbox"/> Caminando <input type="checkbox"/> En bicicleta <input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Autobús/BART <input type="checkbox"/> Taxi/LYFT/UBER <input type="checkbox"/> Transporte para discapacitados <input type="checkbox"/> No aparece en la lista: _____			
15. ¿Le gustaría saber si puede calificar para los beneficios de CalFresh? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A			
Teléfono: (_____) _____			
¿Es usted la mujer cabeza de familia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A			
¿Estás sin hogar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A			

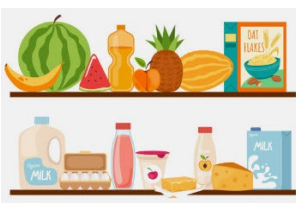
Oasis Insight es una base de datos computarizada compartida en la nube que registra información sobre personas que necesitan servicios de emergencia, incluida, entre otras, asistencia alimentaria, a través de la red de sitios de distribución de alimentos del Banco de Comida Comunitario del Condado de Alameda (ACCFB). Alameda County Community Food Bank (Agencia participante).

Entiendo que toda la información recopilada sobre mí es personal y privada y que no tengo que participar en Oasis Insight. Entiendo que mi información se mantendrá segura y que mi información de identificación personal, como mi nombre, dirección completa y números de teléfono, no se compartirá con nadie que no sea ACCFB y su Red de Agencias Participantes. ACCFB utiliza esta información sólo para obtener información sobre cómo brindar un mejor servicio a la comunidad con asistencia alimentaria de emergencia y otros servicios basados en la comunidad.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre Oasis Insight y de revisar la información que este formulario autoriza compartir con la Red de Agencias Participantes de ACCFB. Esta divulgación de información permanecerá en vigencia por tres años a partir de la fecha indicada al pie de esta página a menos que haga una solicitud formal a Alameda County Community Food Bank (Agencia participante) o a ACCFB porque ya no deseo participar en Oasis Insight.

Autorizo a Alameda County Community Food Bank (Agencia participante) y a la Red de Agencias Participantes de ACCFB a recopilar y almacenar de manera segura mi información personal básica, de identificación y demográfica, así como la de mis dependientes, dentro de Oasis Insight.

Firma _____ Fecha _____



SPANISH

Consumer Pantry
PO Box 2190
Livermore, CA 94551

SECCIÓN V. Miembros del hogar

Por favor incluya todos los miembros de su familia con los cuales comparte alimentos regularmente.

	Nombre	Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA	Género	Origen étnico	Parentesco con el/la jefe de familia:
1					<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____
2					<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____
3					<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____
4					<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____
5					<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____
6					<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____
7					<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____
8					<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____
9					<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____
10					<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____

Fuente de referencia (marca solo una)?

- SSA 211 Sitio web Open Heart Kitchen CityServe Refugio AXIS Amigo/Familia TVNPA
 Otra fuente: _____

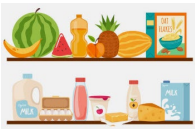
La información solicitada en esta sección no es necesaria para recibir alimentos de TEFAP. Su propósito es brindar información para otros servicios disponibles en esta agencia

Hasta donde usted sabe:

¿Cuál es su ingreso familiar ANUAL? \$ _____
 ¿Cuál es su ingreso familiar MENSUAL? \$ _____

¿Cuál es la fuente de sus ingresos? (marca solo una)?

- Empleo (Ingresos ganados) CalWORKS SSI SSDI Manutención de los hijos Desempleo GA
 Compensación de Trabajadores Desconocido Ninguno/Sin ingresos



VIETNAMESE

Entered by: _____ Date: _____

Case #: _____ Card Printed: Yes No

Consumer Pantry

PO Box 2190, Livermore, CA 94551

Residency Verified by staff: _____

Mẫu Đơn Ghi Danh dành cho Hội Viên & Gia Đình

BẮT BUỘC PHẢI ĐIỀN			
1. Họ và tên hoặc chữ viết tắt		2. Ngày tháng năm sinh	3. Tuổi Tác
4. Quy mô hộ gia đình _____		5. Quy mô hộ gia đình theo độ tuổi	
Con cái (< 1) _____		Con cái (1-5) _____ Con cái (6-17) _____ Người lớn (18-59): _____ Cao niên (60+): _____	
6. Tên đường hoặc địa chỉ	7. Thành phố	8. Số zip code	
9. Tên đường hoặc địa chỉ			
<input type="checkbox"/> Di động <input type="checkbox"/> Sở làm <input type="checkbox"/> Nhà (_____) _____ E-mail: _____			
KHÔNG BẮT BUỘC			
10. Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Phi giới tính <input type="checkbox"/> Không muốn nói			
11. Quý vị có được coi là người chuyển giới không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không muốn nói			
12. Quý vị coi mình là người sắc tộc nào? <input type="checkbox"/> người Ấn Độ			
<input type="checkbox"/> Người gốc sắc tộc nói tiếng Tây Ban	<input type="checkbox"/> Trung Quốc	<input type="checkbox"/> Thổ dân châu Mỹ da	<input type="checkbox"/> Đông Nam Á
<input type="checkbox"/> Nha/La-tinh	<input type="checkbox"/> tiếng Nhật	<input type="checkbox"/> đảo Hawaii/Người đảo	<input type="checkbox"/> Không muốn nói
<input type="checkbox"/> Người da đen/Người Mỹ gốc Phi châu	<input type="checkbox"/> Hàn Quốc	<input type="checkbox"/> Thái Bình Dương	<input type="checkbox"/> Không được liệt
<input type="checkbox"/> Người Da Trắng/Người gốc Cáp-ca	<input type="checkbox"/> Tiếng Việt	<input type="checkbox"/> Tiếng Philipin	kê: _____
<input type="checkbox"/> Người Trung đông or North African			
13. Quý vị ưa dùng ngôn ngữ nào?			
<input type="checkbox"/> Tiếng Anh <input type="checkbox"/> Tiếng Tây ban nha <input type="checkbox"/> Tiếng Quan thoại <input type="checkbox"/> Tiếng Quảng đông <input type="checkbox"/> Tiếng Taishan <input type="checkbox"/> Tiếng Việt <input type="checkbox"/> Tiếng Tagalog			
<input type="checkbox"/> Không được liệt kê: _____			
14. Quý vị thường tới ngân hàng thực phẩm này bằng cách nào?			
<input type="checkbox"/> Đi bộ <input type="checkbox"/> Đi xe đạp <input type="checkbox"/> Đi xe hơi <input type="checkbox"/> Đi xe công cộng <input type="checkbox"/> Đi taxi/dịch vụ gọi xe qua ứng dụng di động <input type="checkbox"/> Đi xe công cộng chuyên chở người khuyết tật <input type="checkbox"/> Không được liệt kê: _____			
15. Bạn có muốn được sàng lọc trước cho người châu Á CalFresh? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> N/A			
Tên đường hoặc địa chỉ: (_____) _____			
Are you the Female head of household? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A			
Are you homeless? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A			

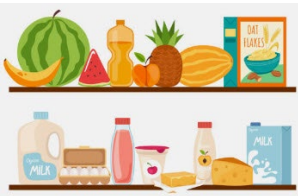
Oasis Insight là cơ sở dữ liệu chung được lưu trên mạng dữ liệu đám mây, lưu thông tin về những người cần các dịch vụ khẩn cấp, trong đó bao gồm nhưng không giới hạn ở trợ cấp thực phẩm, trên toàn Mạng Lưới các địa điểm phân phát thực phẩm của Ngân Hàng Thực Phẩm Cộng Đồng Quận Alameda (ACCFB), bao gồm Alameda County Community Food Bank (Cơ Quan Tham Gia).

Tôi hiểu rằng tất cả các thông tin thu thập về tôi là thông tin cá nhân riêng tư và tôi không bắt buộc phải tham gia Oasis Insight. Tôi hiểu rằng dữ liệu của tôi sẽ được bảo vệ, và thông tin có thể nhận dạng cá nhân tôi, chẳng hạn như tên tôi, địa chỉ đầy đủ và số điện thoại, sẽ không được chia sẻ với bất kỳ ai ngoài ACCFB và Các Cơ Quan Tham Gia Mạng Lưới của tổ chức này. ACCFB chỉ sử dụng thông tin này để biết được cách thức phục vụ cộng đồng hiệu quả hơn với các dịch vụ trợ giúp thực phẩm và các dịch vụ khác tại cộng đồng.

Tôi đã có cơ hội nêu thắc mắc về Oasis Insight và xem lại thông tin mà mẫu điền này cho phép chia sẻ với Các Cơ Quan Tham Gia Mạng Lưới của ACCFB. Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin này sẽ tiếp tục có hiệu lực trong ba năm kể từ ngày ghi ở cuối trang này, trừ khi tôi gửi yêu cầu chính thức cho Alameda County Community Food Bank (Cơ Quan Tham Gia) hoặc ACCFB để cho biết tôi không còn muốn tham gia Oasis Insight nữa.

Tôi cho phép Alameda County Community Food Bank (Cơ Quan Tham Gia) và Các Cơ Quan Tham Gia Mạng Lưới của ACCFB thu thập và lưu trữ an toàn thông tin cá nhân cần bản, có thể nhận dạng và thông tin nhân khẩu của tôi, cũng như thông tin của những người phụ thuộc của tôi, trong Oasis Insight.

Chữ ký _____ Ngày _____



VIETNAMESE

Consumer Pantry
 PO Box 2190
 Livermore, CA 94551

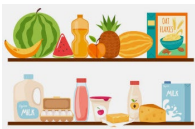
MỤC V. Các Thành Viên Gia Đình					
<i>Vui lòng ghi tất cả các thành viên gia đình mà quý vị thường ăn chung.</i>					
	Tên	Ngày tháng năm sinh MM/DD/YYYY	Giới tính	Sắc tộc	Mối liên hệ với chủ hộ:
1					<input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Vợ (chồng)/Người bạn đời <input type="checkbox"/> Cha (mẹ) <input type="checkbox"/> Khác _____
2					<input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Vợ (chồng)/Người bạn đời <input type="checkbox"/> Cha (mẹ) <input type="checkbox"/> Khác _____
3					<input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Vợ (chồng)/Người bạn đời <input type="checkbox"/> Cha (mẹ) <input type="checkbox"/> Khác _____
4					<input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Vợ (chồng)/Người bạn đời <input type="checkbox"/> Cha (mẹ) <input type="checkbox"/> Khác _____
5					<input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Vợ (chồng)/Người bạn đời <input type="checkbox"/> Cha (mẹ) <input type="checkbox"/> Khác _____
6					<input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Vợ (chồng)/Người bạn đời <input type="checkbox"/> Cha (mẹ) <input type="checkbox"/> Khác _____
7					<input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Vợ (chồng)/Người bạn đời <input type="checkbox"/> Cha (mẹ) <input type="checkbox"/> Khác _____
8					<input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Vợ (chồng)/Người bạn đời <input type="checkbox"/> Cha (mẹ) <input type="checkbox"/> Khác _____
9					<input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Vợ (chồng)/Người bạn đời <input type="checkbox"/> Cha (mẹ) <input type="checkbox"/> Khác _____
10					<input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Vợ (chồng)/Người bạn đời <input type="checkbox"/> Cha (mẹ) <input type="checkbox"/> Khác _____

Referral source (check only one)?
 SSA 211 Website Open Heart Kitchen CityServe Shelter AXIS Friend/Family TVNPA
 Other: _____

The information in this section that is being requested is not necessary to receive TEFAP food. It is intended as information for other services available at this agency.

To the best of your knowledge:
 What is your **YEARLY** household income? \$ _____
 What is your **MONTHLY** household income? \$ _____

What is the source of your income (check only one)?
 Earned/Employment CalWORKS SSI SSDI Child Support Unemployment GA Worker's Comp
 Unknown None/no income



CHINESE

Consumer Pantry

PO Box 2190, Livermore, CA 94551

Entered by: _____ Date: _____

Case #: _____ Card Printed: Yes No

Residency Verified by staff: _____

會員及家人登記表

必填欄位		
1. 名字或簡稱 中間名首字母	2. 出生日期	3. 年齡
4. 家庭人數 _____ 5. 家庭人數的年齡範圍 兒童(< 1) _____ 兒童(1-5) _____ 兒童(6-17) _____ 成人 (18-59): _____ 老年人 (60+): _____		
6. 街道地址	7. 城市	8. 郵遞區號
9. 主要電話號碼 <input type="checkbox"/> 手機 <input type="checkbox"/> 工作 <input type="checkbox"/> 住家 (_____) 電子郵件: _____		
自行選擇		
10. 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 非二元性別 <input type="checkbox"/> 不想說		
11. 您是否自認為變性者? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不想說		
12. 您認為自己屬於哪個人種/族裔? (請選取所有符合項目)		
<input type="checkbox"/> 西語裔, 拉美裔或西班牙語	<input type="checkbox"/> 中國人	<input type="checkbox"/> 美國印第安人夏威
<input type="checkbox"/> 黑人, 非裔美國人	<input type="checkbox"/> 日本人	<input type="checkbox"/> 夷原住民 太平洋島
<input type="checkbox"/> 白人 或高加索人	<input type="checkbox"/> 韓國人	<input type="checkbox"/> 民
<input type="checkbox"/> 中東裔 或 北非	<input type="checkbox"/> 越南人	<input type="checkbox"/> 菲律賓
<input type="checkbox"/> 印度人	<input type="checkbox"/> 东南亚风味	<input type="checkbox"/> 不想說
		<input type="checkbox"/> 其他: _____
13. 您習慣使用哪種語言? <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 西班牙語 <input type="checkbox"/> 廣東話 <input type="checkbox"/> 普通話 <input type="checkbox"/> 泰山 <input type="checkbox"/> 越南語 <input type="checkbox"/> 他加祿語 <input type="checkbox"/> 其他: _____		
14. 您通常如何到達這項食物發放服務地點? <input type="checkbox"/> 走路 <input type="checkbox"/> 單車 <input type="checkbox"/> 開車 <input type="checkbox"/> 公共交通 <input type="checkbox"/> 計程車/APP 叫車 <input type="checkbox"/> 殘障人士交通服務 <input type="checkbox"/> 其他: _____		
15. 如沒有, 是否想知合資格領取Cal-Fresh 營養計劃嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> N/A		
主要電話號碼: (_____) _____		
您是一位女性, 并且是一家之主嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> N/A		
你无家可归嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> N/A		

Oasis Insight 是一個雲端電腦共用資料庫, 可記錄在 Alameda County Community Food Bank's (ACCFB) 的食物發放網絡中, 向包括 Alameda County Community Food Bank (參與機構) 在內的各個地點取得緊急服務 (包括但不限於糧食援助) 的民眾資料。

我瞭解, 所有蒐集到關於我的資料均屬於保密資料, 且我不需要參與 Oasis Insight。我瞭解, 我的資料將受到安全保護, 且我的個人身分識別資料 (如姓名、完整地址和電話號碼等) 將不會讓 ACCFB 以及各網絡參與機構以外的任何人分享。ACCFB 只會使用這些資料來深入瞭解如何為社區提供更好的糧食援助和其他社區服務。

我已獲得機會詢問有關 Oasis Insight 的問題, 並且詳閱本表格授權與 ACCFB 網絡參與機構分享資料的相關內容。除非我向 Alameda County Community Food Bank (參與機構) 或 ACCFB 提出正式要求, 表達我不再想參與 Oasis Insight 的意願, 否則這項資料揭露授權的有效期限將維持本頁底部所示日期起三年。

我授權 Alameda County Community Food Bank (參與機構) 和 ACCFB 網絡參與機構收集有關我個人和家屬的基本、身分識別和人口統計資料, 並且將此資料安全儲存在 Oasis Insight 中。

簽名 _____ 日期 _____



CHINESE

Consumer Pantry
PO Box 2190
Livermore, CA 94551

第五部分：家庭成員

請包括您平常一起吃飯的所有家庭成員。

	姓名	出生日期 MM/DD/YYYY	性別	族裔	與一家之主的關係：
1					<input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶/伴侶 <input type="checkbox"/> 家長 <input type="checkbox"/> 其他_____
2					<input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶/伴侶 <input type="checkbox"/> 家長 <input type="checkbox"/> 其他_____
3					<input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶/伴侶 <input type="checkbox"/> 家長 <input type="checkbox"/> 其他_____
4					<input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶/伴侶 <input type="checkbox"/> 家長 <input type="checkbox"/> 其他_____
5					<input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶/伴侶 <input type="checkbox"/> 家長 <input type="checkbox"/> 其他_____
6					<input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶/伴侶 <input type="checkbox"/> 家長 <input type="checkbox"/> 其他_____
7					<input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶/伴侶 <input type="checkbox"/> 家長 <input type="checkbox"/> 其他_____
8					<input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶/伴侶 <input type="checkbox"/> 家長 <input type="checkbox"/> 其他_____
9					<input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶/伴侶 <input type="checkbox"/> 家長 <input type="checkbox"/> 其他_____
10					<input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 配偶/伴侶 <input type="checkbox"/> 家長 <input type="checkbox"/> 其他_____

推荐来源 (只勾选一个)?

- SSA 211 网站 Open Heart Kitchen CityServe 庇护所 AXIS 朋友/家庭 TVNPA
 其他来源: _____

本节要求的信息对于接收 TEFAP 食品来说并非必需. 它旨在用作该机构提供的其他服务的信息.

据你所知:

您的家庭年收入是多少? \$ _____

您的家庭月收入是多少? \$ _____

What is the source of your income (只勾选一个)?

- 就业 CalWORKS SSI SSDI 子女抚养费 失业 GA 工伤赔偿 未知 无收入



Consumer Pantry

PO Box 2190, Livermore, CA 94551

TAGALOG

Entered by: _____ Date: _____

Case #: _____ Card Printed: Yes No

Residency Verified by staff: _____

Pagpapalista ng Miyembro at ng Pamilya

Kailangan			
1. Pangalan o Paunang Balita		2. PETA NG KAPANGANAKAN	3. Edad
4. Kabuuang dami ng miyembro ng sambahayan _____ 5. Dami ng miyembro ng sambahayan sa bawat grupong batay sa edad: Mga bata (< 1) _____ Mga may sapat na gulang (18-59): _____ Mga matanda (60+): _____			
6. Kalye o Address		7. Lungsod	8. Zip Code
9. Pangunahing telepono <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Bahay <input type="checkbox"/> Trabaho (_____) _____ Email: _____			
Opsyonal			
10. Kasarian <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Non-Binary (hindi eksklusibong babae o lalaki) <input type="checkbox"/> Mas gustong di sabihin			
11. Kinikilala ba ninyo ang sarili bilang transgender? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Mas gustong di sabihin			
12. Paano ninyo kinikilala ang sarili? <input type="checkbox"/> Hispaniko/Latinx <input type="checkbox"/> Intsik <input type="checkbox"/> Amerikano (Native American) <input type="checkbox"/> Indian <input type="checkbox"/> Itim/Aprikano Amerikano <input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> Taga-Isla Pasipiko (Pacific Islander) <input type="checkbox"/> Timog Silangang Asyano <input type="checkbox"/> Puti/Caucasian <input type="checkbox"/> Koreano <input type="checkbox"/> Hindi nakalista: _____ <input type="checkbox"/> Middle Eastern or Hilagang Africa <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Filipino			
13. Anong wika ang mas gusto ninyo? <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Espanyol <input type="checkbox"/> Cantonese <input type="checkbox"/> Mandarin <input type="checkbox"/> Taishanese <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Tagalog <input type="checkbox"/> Hindi nakalista: _____			
14. Paano kayo madalas na pumupunta rito sa pamamahagi ng pagkain? <input type="checkbox"/> Naglalakad <input type="checkbox"/> Nagbibisikleta <input type="checkbox"/> Pampublikong transportasyon <input type="checkbox"/> Kotse <input type="checkbox"/> Paratransit <input type="checkbox"/> Taxi/app service <input type="checkbox"/> Hindi nakalista: _____			
15. Kung wala, gusto ba ninyong mapaunang mapili para sa CalFresh? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> N/A			
Pangunahing telepono (_____) _____			
Are you the Female head of household?		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Are you homeless?		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A

Ang Oasis Insight ay isang ibinabahagi, kompiyuterisadong cloud-based na database na nagtatala ng mga impormasyon tungkol sa mga taong dumaranas ng pangangailangan ng mga serbisyong pang-emergency, kabilang na, ngunit hindi limitado sa, tulong sa pagkain, sa buong lugar ng Network ng Alameda County Community Foodbank (ACCFB) sa pamamahagi ng pagkain, kasama ang Alameda County Community Food Bank Lumalahok na Ahensiya

Nauunawaan ko na ang lahat ng impormasyon na nakolekta tungkol sa akin ay pansarili at pribado at hindi ko kailangang lumahok sa Oasis Insight. Nauunawaan ko na mapapanatiling ligtas ang aking mga datos, at ang mga impormasyong makakapagpakilala ng sarili tulad ng pangalan ko, kompletong address at mga numero ng telepono, ay hindi maibabahagi sa sinuman maliban sa ACCFB at Mga Lumalahok na Ahensiya sa Samahan nito. Ginagamit ng ACCFB ang impormasyong ito upang makakakuha ng impormasyon at makapag-isip kung paano mapagbubuti ang paglilingkod sa komunidad sa tulong sa pagkain na pang-emergency at iba pang serbisyong nakabase-sa-komunidad.

Nagkaroon ako ng pagkakataon na makapagtanong tungkol sa Oasis Insight at marepaso ang mga impormasyong inaawtorisahan nitong form na maibahagi sa Samahan ng Mga Lumalahok na Ahensiya ng ACCFB. Mananatiling may bisa ang Paglalabas ng Impormasyon na ito nang tatlong taon mula sa petsa na nabigyang-pansin sa ibaba ng pahinang ito, maliban na lamang kung gagawa ako ng pormal na kahilingan sa Alameda County Community Food Bank (Lumalahok na Ahensiya) o ACCFB na ayaw ko nang lumahok sa Oasis Insight.

Inaawtorisahan ko ang Alameda County Community Food Bank (Lumalahok na Ahensiya) at ang Samahan ng Mga Lumalahok na Ahensiya ng ACCFB para mangolekta at ligtas na itago ang aking batayang pansarili, nagbibigay ng identidad, at demograpikong impormasyon, kasama na ang sa aking mga dependiyente, para sa sakop ng Oasis Insight.

Lagda _____ Petsa _____



TAGALOG

Consumer Pantry
 PO Box 2190
 Livermore, CA 94551

SECTION V. Miyembro ng Sambahayan					
<i>Please include all household members that you regularly share food with.</i>					
	Pangalan	Kaarawan MM/DD/YYYY	Kasarian	Etnisidad	Relasyon sa Puno ng Kabahayan:
1					<input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Asawa/Kapareha <input type="checkbox"/> Magulang <input type="checkbox"/> Iba Pa _____
2					<input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Asawa/Kapareha <input type="checkbox"/> Magulang <input type="checkbox"/> Iba Pa _____
3					<input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Asawa/Kapareha <input type="checkbox"/> Magulang <input type="checkbox"/> Iba Pa _____
4					<input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Asawa/Kapareha <input type="checkbox"/> Magulang <input type="checkbox"/> Iba Pa _____
5					<input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Asawa/Kapareha <input type="checkbox"/> Magulang <input type="checkbox"/> Iba Pa _____
6					<input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Asawa/Kapareha <input type="checkbox"/> Magulang <input type="checkbox"/> Iba Pa _____
7					<input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Asawa/Kapareha <input type="checkbox"/> Magulang <input type="checkbox"/> Iba Pa _____
8					<input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Asawa/Kapareha <input type="checkbox"/> Magulang <input type="checkbox"/> Iba Pa _____
9					<input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Asawa/Kapareha <input type="checkbox"/> Magulang <input type="checkbox"/> Iba Pa _____
10					<input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Asawa/Kapareha <input type="checkbox"/> Magulang <input type="checkbox"/> Iba Pa _____

Referral source (check only one)?

SSA 211 Website Open Heart Kitchen CityServe Shelter AXIS Friend/Family TVNPA
 Other: _____

The information in this section that is being requested is not necessary to receive TEFAP food. It is intended as information for other services available at this agency.

To the best of your knowledge:

What is your **YEARLY** household income? \$ _____
 What is your **MONTHLY** household income? \$ _____

What is the source of your income (check only one)?

Earned/Employment CalWORKS SSI SSDI Child Support Unemployment GA Worker's Comp
 Unknown None/no income