



**NEIGHBORS.  
EMPOWERED.**

## Formularz spożycia Link2Feed Głowa rodziny



\* Wskazuje wymagane informacje

### Informacje ogólne/osobiste

\* Data pierwszej wizyty w dowolnej spiżarni: \_\_\_\_\_  Nieznana  Pierwsza wizyta

\* Nazwisko: \_\_\_\_\_ \* Imię: \_\_\_\_\_

\* Data urodzenia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Szacowana?  T  N

\* Tożsamość płciowa:  Mężczyzna  Kobieta  Osoba niebinarna  Inne  Wolę nie odpowiadać

Adres: \_\_\_\_\_

Miejscowość: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_\_ \* Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

Hrabstwo: \_\_\_\_\_  Brak stałego adresu

*Podanie pełnego adresu jest dobrowolne i nie wymagane do otrzymania wyżywienia*

Adres e-mail: \_\_\_\_\_ Numer telefonu: \_\_\_\_\_

Zgoda na kontakt:  E-mail  Połączenie głosowe (Telefon)  Wiadomość tekstowa (Wybierz, jak się z Tobą skontaktować.)

\* Pochodzenie etniczne (zaznacz wszystkie właściwe):

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Białe / Anglo                             | <input type="checkbox"/> Azjatyckie                            | <input type="checkbox"/> Inne                |
| <input type="checkbox"/> Czarny / Afroamerykanin                   | <input type="checkbox"/> Mieszkaniec Alaski, Aleut lub Eskimos | <input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać |
| <input type="checkbox"/> Hiszpanie / Latynosi                      | <input type="checkbox"/> Bliski Wschód / Afryka Północna       | <input type="checkbox"/> Brak                |
| <input type="checkbox"/> Indianin amerykański / Rdzenny Amerykanin | <input type="checkbox"/> Mieszkaniec wysp Pacyfiku             | <input type="checkbox"/> Nie wiem            |

### Informacje o profilu

\* Obecny rodzaj zatrudnienia (wybierz 1):

- |  |   |                               |
|--|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Niepracujący i aktywnie poszukujący pracy                       | <input type="checkbox"/> Student szkoły policealnej | <input type="checkbox"/> Inny |
| <input type="checkbox"/> Nie pracuję ze względu na rolę opiekuna/studenta/inną osobę     | <input type="checkbox"/> Jestem na emeryturze       |                               |
| <input type="checkbox"/> Pełny etat  | <input type="checkbox"/> Brak                       |                               |
| <input type="checkbox"/> Niepełny etat   | <input type="checkbox"/> Nie wiem                   |                               |
| <input type="checkbox"/> Niepracuję ze względu na niepełnosprawność lub zły stan zdrowia | <input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać        |                               |

### Miesięczny dochód i świadczenia głowy rodziny

\* Czy ktokolwiek w Twoim gospodarstwie domowym otrzymuje SNAP (program pomocy w zakresie dodatkowego żywienia)?

- Tak  Nie  Nie wiem  Wolę nie odpowiadać

Inna pomoc otrzymywana przez kogokolwiek w gospodarstwie domowym (zaznacz wszystkie właściwe):

- Program pomocy energetycznej dla gospodarstw domowych o niskich dochodach (LIHEAP)  
 Inne  
 Pomoc uzupełniająca dla kobiet, niemowląt i dzieci (WIC)  
 Brak  
 Nie wiem  Wolę nie odpowiadać

\* Wskazuje wymagane informacje

### OPCJONALNIE – Uwagi dietetyczne dla wszystkich domowników

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Halal                 | <input type="checkbox"/> Bez jajek              | <input type="checkbox"/> Bez soi             |
| <input type="checkbox"/> Koszerne              | <input type="checkbox"/> Bez glutenu/pszenicy   | <input type="checkbox"/> Bez orzechów        |
| <input type="checkbox"/> Nietolerancja laktozy | <input type="checkbox"/> Bez orzeszków ziemnych | <input type="checkbox"/> Brak                |
| <input type="checkbox"/> Niska zawartość sodu  | <input type="checkbox"/> Bez wieprzowiny        | <input type="checkbox"/> Wegańskie           |
| <input type="checkbox"/> Niska zawartość cukru | <input type="checkbox"/> Bez czerwonego mięsa   | <input type="checkbox"/> Wegetariańskie      |
| <input type="checkbox"/> Bez nabiału           | <input type="checkbox"/> Bez skorupiaków        | <input type="checkbox"/> Wolę nie odpowiadać |
| <input type="checkbox"/> Inne (określić) _____ |   | <input type="checkbox"/> Nie wiem            |

Odpowiedź nie ogranicza dostępu do artykułów ze spiżarni.

Zgodnie z federalnym prawem obywatelskim oraz regulaminem i polityką związaną z prawami obywatelskimi w Departamencie Rolnictwa Stanów Zjednoczonych (USDA), w instytucji tej zabroniona jest dyskryminacja z powodu rasy, koloru skóry, pochodzenia, płci (w tym tożsamości płciowej i seksualnej orientacji), niepełnosprawności, wieku, jak i represja i akcje odwetowe za poprzednie czynności związane z prawami obywatelskimi. Informacje o programie mogą być dostępne w językach innych niż angielski. Osoby niepełnosprawne, które wymagają innych metod komunikacji w celu uzyskania informacji o programie (n.p. język Braille, duża czcionka, taśma audio, amerykański język migowy), powinny skontaktować się ze odpowiednią stanową lub lokalną agencją, która prowadzi program lub z USDA's TARGET Center pod numerem (202) 720-2600 (głosowy oraz TTY) lub skontaktować się z USDA poprzez telekomunikacyjną usługę przekazywania (Federal Relay Service) pod numerem (800) 877-8339. W celu złożenia skargi dotyczącej dyskryminacji w programie, osoba skarżąca się powinna wypełnić formularz AD-3027, Formularz skargi na dyskryminację w programie USDA, który można uzyskać na stronie internetowej pod adresem: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-polish.pdf>, w każdym biurze USDA, lub telefonicznie dzwoniąc pod numer (866)-632-9992, lub też wysyłając list do USDA. List musi zawierać imię i nazwisko skarżącego się, adres, numer telefonu oraz pisemny opis domniemanej czynności dyskryminującej, podając asystentowi sekretarza do spraw praw człowieka (ASCR) wystarczające informacje zawierające naturę i datę domniemanej dyskryminacji praw człowieka. Wypełniony formularz AD-3027 lub list musi zostać złożony do USDA w jeden z następujących sposobów: (1) poczta: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; lub (2) fax: (833) 256-1665 lub (202) 690-7442; lub (3) email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov) Instytucja przestrzega zasady równych szans.

## Zgoda i zastrzeżenie

Bank Żywności Północnego Illinois szanuje dane użytkowników i chce mieć pewność, że pozostaną one poufne. Przekazywanie informacji drogą elektroniczną może być bardziej bezpieczne niż przekazywanie informacji w formie papierowej. Tylko niektórzy pracownicy i wolontariusze mogą zalogować się do systemu. Każda z tych osób została przeszkolona i podpisała umowę o zachowaniu prywatności danych użytkowników. Dane osobowe użytkowników mogą być wykorzystywane z różnych powodów:

- **Aby ulepszyć nasze programy:** Możemy wykorzystywać dane do ulepszania naszych programów lub działań. Na przykład: pracownicy mogą przeglądać informacje, aby ocenić jakość usług, z których korzystają ludzie.
- **Aby przeprowadzić badania:** Możemy wykorzystywać dane do badań i analiz. Żadne raporty utworzone na podstawie tych danych nie będą wskazywać tożsamości użytkowników. Nasi pracownicy i wolontariusze będą udostępniać dane użytkowników wyłącznie wykwalifikowanym osobom spoza naszej agencji.
- **Aby połączyć użytkowników z innymi programami:** Na prośbę użytkownika możemy udostępnić dane osobowe, aby sprawdzić, czy użytkownicy kwalifikują się do innych świadczeń lub programów, takich jak świadczenia z Ubezpieczeń Społecznych lub SNAP.
- **Aby zgłosić nadużycie, uszczerbek lub zaniedbanie:** Prawo wymaga od nas zgłaszania wszelkich przypadków podejrzeń wykorzystywania lub zaniedbywania dzieci lub bezbronnych osób dorosłych. Jesteśmy również zobowiązani do udostępnienia informacji o użytkownikach organom ścigania w niektórych przypadkach, na przykład, jeśli użytkownik wyrządzi krzywdę członkowi naszego personelu, innemu klientowi lub jeśli uszkodzi naszą własność. Możemy również udostępnić dane osobowe w przypadku zagrożenia dla społeczeństwa, takiego jak atak terrorystyczny lub klęska żywiołowa.
- **Aby przekazać ważne aktualizacje:** Jeśli użytkownik zaznaczy opcję „Zgoda na kontakt za pośrednictwem wiadomości tekstowej, głosowej lub wiadomości e-mail”, jego dane mogą być udostępniane, pobierane i wykorzystywane w aplikacjach. Użytkownik może otrzymywać wiadomości od obu agencji członkowskich i Banku Żywności Północnego Illinois.

\* Imię i nazwisko klienta: \_\_\_\_\_

\*Podpis klienta: \_\_\_\_\_

\*Data (MM/DD/RRRR): \_\_\_\_\_

Formularz spożycia przez gospodarstwo domowe

\* Wskazuje wymagane informacje

**Formularz członka gospodarstwa domowego L2F**

\*\* Imię i nazwisko głowy rodziny: \_\_\_\_\_

\* Nazwisko członka gospodarstwa domowego: \_\_\_\_\_

\* Imię członka gospodarstwa domowego: \_\_\_\_\_

\* Data urodzenia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Szacowana?  T  N

\* **Tożsamość płciowa:**  Mężczyzna  Kobieta  Osoba niebinarna  Inne  Wolę nie odpowiadać

\* **Relacja z głową rodziny:**

Małżonek  Dziecko  Rodzic  Rodzeństwo  Wnuk  Dziadek  Inny krewny  
 Chłopak/dziewczyna  Przyjaciel  Konkubent / konkubina  Inne  Podopieczny  Współlokator

\* **Pochodzenie etniczne (zaznacz wszystkie właściwe):**

Mieszkaniec Alaski, Aleut lub Eskimos  Indianin amerykański / Rdzenny Amerykanin  Asian  Czarny/Afroamerykanin  
 Hiszpanie / Latynosi  Mieszkaniec wysp Pacyfiku  Bliski Wschód / Afryka Północna  Białe / Anglo  
 Inne  Wolę nie odpowiadać  Brak  Nie wiem

---

\* Nazwisko członka gospodarstwa domowego: \_\_\_\_\_

\* Imię członka gospodarstwa domowego: \_\_\_\_\_

\* Data urodzenia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Szacowana?  T  N

\* **Tożsamość płciowa:**  Mężczyzna  Kobieta  Osoba niebinarna  Inne  Wolę nie odpowiadać

\* **Relacja z głową rodziny:**

Małżonek  Dziecko  Rodzic  Rodzeństwo  Wnuk  Dziadek  Inny krewny  
 Chłopak/dziewczyna  Przyjaciel  Konkubent / konkubina  Inne  Podopieczny  Współlokator

\* **Pochodzenie etniczne (zaznacz wszystkie właściwe):**

Mieszkaniec Alaski, Aleut lub Eskimos  Indianin amerykański / Rdzenny Amerykanin  Asian  Czarny/Afroamerykanin  
 Hiszpanie / Latynosi  Mieszkaniec wysp Pacyfiku  Bliski Wschód / Afryka Północna  Białe / Anglo  
 Inne  Wolę nie odpowiadać  Brak  Nie wiem

---

\* Nazwisko członka gospodarstwa domowego: \_\_\_\_\_

\* Imię członka gospodarstwa domowego: \_\_\_\_\_

\* Data urodzenia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Szacowana?  T  N

\* **Tożsamość płciowa:**  Mężczyzna  Kobieta  Osoba niebinarna  Inne  Wolę nie odpowiadać

\* **Relacja z głową rodziny:**

Małżonek  Dziecko  Rodzic  Rodzeństwo  Wnuk  Dziadek  Inny krewny  
 Chłopak/dziewczyna  Przyjaciel  Konkubent / konkubina  Inne  Podopieczny  Współlokator

\* **Pochodzenie etniczne (zaznacz wszystkie właściwe):**

Mieszkaniec Alaski, Aleut lub Eskimos  Indianin amerykański / Rdzenny Amerykanin  Asian  Czarny/Afroamerykanin  
 Hiszpanie / Latynosi  Mieszkaniec wysp Pacyfiku  Bliski Wschód / Afryka Północna  Białe / Anglo  
 Inne  Wolę nie odpowiadać  Brak  Nie wiem

\* Wskazuje wymagane informacje

**Formularz członka gospodarstwa domowego L2F**

\*\* Imię i nazwisko głowy rodziny: \_\_\_\_\_

\* Nazwisko członka gospodarstwa domowego: \_\_\_\_\_

\* Imię członka gospodarstwa domowego: \_\_\_\_\_

\* Data urodzenia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Szacowana?  T  N

\* **Tożsamość płciowa:**  Mężczyzna  Kobieta  Osoba niebinarna  Inne  Wolę nie odpowiadać

\* **Relacja z głową rodziny:**

Małżonek  Dziecko  Rodzic  Rodzeństwo  Wnuk  Dziadek  Inny krewny  
 Chłopak/dziewczyna  Przyjaciel  Konkubent / konkubina  Inne  Podopieczny  Współlokator

\* **Pochodzenie etniczne (zaznacz wszystkie właściwe):**

Mieszkaniec Alaski, Aleut lub Eskimos  Indianin amerykański / Rdzenny Amerykanin  Asian  Czarny/Afroamerykanin  
 Hiszpanie / Latynosi  Mieszkaniec wysp Pacyfiku  Bliski Wschód / Afryka Północna  Białe / Anglo  
 Inne  Wolę nie odpowiadać  Brak  Nie wiem

---

\* Nazwisko członka gospodarstwa domowego: \_\_\_\_\_

\* Imię członka gospodarstwa domowego: \_\_\_\_\_

\* Data urodzenia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Szacowana?  T  N

\* **Tożsamość płciowa:**  Mężczyzna  Kobieta  Osoba niebinarna  Inne  Wolę nie odpowiadać

\* **Relacja z głową rodziny:**

Małżonek  Dziecko  Rodzic  Rodzeństwo  Wnuk  Dziadek  Inny krewny  
 Chłopak/dziewczyna  Przyjaciel  Konkubent / konkubina  Inne  Podopieczny  Współlokator

\* **Pochodzenie etniczne (zaznacz wszystkie właściwe):**

Mieszkaniec Alaski, Aleut lub Eskimos  Indianin amerykański / Rdzenny Amerykanin  Asian  Czarny/Afroamerykanin  
 Hiszpanie / Latynosi  Mieszkaniec wysp Pacyfiku  Bliski Wschód / Afryka Północna  Białe / Anglo  
 Inne  Wolę nie odpowiadać  Brak  Nie wiem

---

\* Nazwisko członka gospodarstwa domowego: \_\_\_\_\_

\* Imię członka gospodarstwa domowego: \_\_\_\_\_

\* Data urodzenia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Szacowana?  T  N

\* **Tożsamość płciowa:**  Mężczyzna  Kobieta  Osoba niebinarna  Inne  Wolę nie odpowiadać

\* **Relacja z głową rodziny:**

Małżonek  Dziecko  Rodzic  Rodzeństwo  Wnuk  Dziadek  Inny krewny  
 Chłopak/dziewczyna  Przyjaciel  Konkubent / konkubina  Inne  Podopieczny  Współlokator

\* **Pochodzenie etniczne (zaznacz wszystkie właściwe):**

Mieszkaniec Alaski, Aleut lub Eskimos  Indianin amerykański / Rdzenny Amerykanin  Asian  Czarny/Afroamerykanin  
 Hiszpanie / Latynosi  Mieszkaniec wysp Pacyfiku  Bliski Wschód / Afryka Północna  Białe / Anglo  
 Inne  Wolę nie odpowiadać  Brak  Nie wiem