



## Форма реєстрації в системі Голова сім'ї



\* Обов'язкова інформація

### Загальні/особисті відомості

\* Дата першого відвідування будь-якої кухні безкоштовного харчування: \_\_\_\_\_  Невідомо  Перший візит

\* Прізвище: \_\_\_\_\_ \* Ім'я: \_\_\_\_\_

\* Дата народження: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Приблизна?  Так  Ні

\*ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ ІНШИХ ЧЛЕНІВ СІМ'Ї: \_\_\_\_\_

*Вам потрібно буде заповнити окрему форму реєстрації для кожного додаткового члена сім'ї.*

\* Гендерна ідентичність:  Чоловік  Жінка  Небінарна  Інша  Волю не відповідати

\* Адреса: \_\_\_\_\_

(Кв./ апарт./ кімната тощо): \_\_\_\_\_

\* Місто: \_\_\_\_\_ \* Штат: \_\_\_\_\_ \* Поштовий код: \_\_\_\_\_

Немає постійної адреси  Волю не відповідати

Адреса(-и) електронної пошти: \_\_\_\_\_

Номер(-и) телефону: \_\_\_\_\_  Домашній  Мобільний  Робочий  Факс  Інший

Зі мною можна зв'язуватися:  Електронна пошта  Голосові повідомлення (телефон)  Текстові повідомлення  
(виберіть спосіб зв'язку з вам.)

\* Етнічне походження (виберіть всі варіанти, які підходять):

- Представник білої раси/американець нелатинського походження  Представник корінного населення Азії  Інше
- Представник африканської раси/афроамериканець  Представник корінного населення Аляски, алеут, ескімос
- Волю не відповідати  Іспанець/латиноамериканець
- Представник корінного населення Близького Сходу/Північної Африки  Жодне
- Представник корінного населення Америки/індіанець  Представник корінного населення тихоокеанських островів
- Не знаю

**Інформація  
профілю**

**\* Тип поточної зайнятості (виберіть один варіант):**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Не працюю, але активно шукаю роботу                                   | <input type="checkbox"/> Студент ВУЗу        |
| <input type="checkbox"/> Не працюю, тому що піклуюсь про старшу або хвору людину/навчаюсь/інше | <input type="checkbox"/> На пенсії           |
| <input type="checkbox"/> Працюю на повну ставку  | <input type="checkbox"/> Немає               |
| <input type="checkbox"/> Працюю на неповну ставку  | <input type="checkbox"/> Не знаю             |
| <input type="checkbox"/> Не працюю через інвалідність або поганий стан здоров'я                | <input type="checkbox"/> Волю не відповідати |
| <input type="checkbox"/> Інший   |  |

**Щомісячний дохід і пільги голови сім'ї**

**\* Хтось із членів вашої сім'ї отримує допомогу за програмою продовольчої допомоги (SNAP)?**

- Так  Ні  Не знаю  Волю не відповідати

**Хтось із членів вашої сім'ї отримує допомогу за іншими програмами? (виберіть всі застосовні варіанти):**

- Програма допомоги сім'ям із низьким доходом в оплаті за енергоспоживання (LIHEAP)
- Інша
- Додаткова допомога жінкам, немовлятам і дітям (WIC)
- Ні
- Не знаю
- Волю не відповідати

**ЗА БАЖАННЯМ — Наявність дієтичних обмежень у когось із членів вашої сім'ї**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Халяльні продукти        | <input type="checkbox"/> Без яєць            | <input type="checkbox"/> Без сої                 |
| <input type="checkbox"/> Кошерні продукти         | <input type="checkbox"/> Без глютену/пшениці | <input type="checkbox"/> Без деревних горіхів    |
| <input type="checkbox"/> Лактозна непереносимість | <input type="checkbox"/> Без арахісу         | <input type="checkbox"/> Немає                   |
| <input type="checkbox"/> Низький вміст натрію     | <input type="checkbox"/> Без свинини         | <input type="checkbox"/> Веганські продукти      |
| <input type="checkbox"/> Низький вміст цукру      | <input type="checkbox"/> Без червоного м'яса | <input type="checkbox"/> Вегетаріанські продукти |
| <input type="checkbox"/> Без молочних продуктів   | <input type="checkbox"/> Без морепродуктів   | <input type="checkbox"/> Волю не відповідати     |
| <input type="checkbox"/> Інше (вказіть) _____     |  | <input type="checkbox"/> Не знаю                 |

Ваша відповідь не обмежить ваш доступ до продуктів кухні.

## Згода на обробку даних і відмова від відповідальності

Організація Northern Illinois Food Bank з повагою ставиться до ваших даних та бажає, щоб вони залишалися конфіденційними. Надавати інформацію в електронному вигляді зазвичай безпечніше, ніж надавати її на папері. Доступ до системи має лише обмежена кількість співробітників і волонтерів. Усі вони проходять навчання та підписують угоду про дотримання конфіденційності щодо ваших даних.

Ми можемо використовувати ваші особисті дані з різною метою:

- **Для вдосконалення наших програм:** Ми можемо використовувати ваші дані для вдосконалення наших програм або діяльності. Наприклад, персонал може переглядати дані, щоб проаналізувати якість наданих послуг.
- **Для проведення досліджень:** Ми можемо використовувати ваші дані для проведення досліджень і аналізу. Звіти, отримані на основі цих даних, не дозволяють ідентифікувати вашу особисту інформацію. Наші співробітники та волонтери повідомлятимуть ваші дані лише спеціально уповноваженим третім особам.
- **Щоб запропонувати вам інші програми:** На ваше прохання ми можемо передати ваші персональні дані третім особам, щоб з'ясувати, чи маєте ви право на інші пільги чи програми, наприклад, на отримання допомоги соціального забезпечення або участь у програмі додаткової продовольчої допомоги (SNAP).
- **Щоб повідомити про погане поведження, заподіяння шкоди чи невиконання своїх обов'язків:** Закон зобов'язує нас повідомляти про будь-які підозри на погане поведження або невиконання своїх обов'язків щодо дітей чи інвалідів. У деяких випадках ми також зобов'язані повідомляти ваші дані правозахисним органам, наприклад, якщо через вас постраждав будь-хто з наших співробітників, інший клієнт або було пошкоджене наше майно. Крім того, ми зобов'язані надавати ваші дані у разі загрози суспільній безпеці, як-от терористичний акт або стихійне лихо.
- **Для повідомлення про важливі зміни:** якщо ви зазначите, що з вами можна зв'язуватися за допомогою текстових або голосових повідомлень або електронних листів, то ваша інформація може передаватися, завантажуватися та використовуватися у додатках. Ви можете отримати повідомлення від агентств-членів і благодійної організації Northern Illinois Food Bank.

Тип підпису: Підпис на паперовому носії

\* П.І.Б. клієнта: \_\_\_\_\_

\* Підпис клієнта: \_\_\_\_\_

\* Дата (ММ/ДД/РРРР): \_\_\_\_\_

*\* Обов'язкова інформація*