

Откуда вы узнали о рынке Park-It?  WVCS  Другие некоммерческие  211  продовольственный банк  домовладелец  Другой \_\_\_\_\_

**ИНФОРМАЦИЯ О ПРОФИЛЕ ВЗРОСЛОГО**

Настоящим подтверждаю, что я (мы) проживаю(-ем) по указанному адресу с (год) \_\_\_\_\_.

 Арендовать (НЕТ субсидии)

ежемесячно арендовать \$ \_\_\_\_\_

**Тип домохозяйства:**

- 
- взрослый
- 
- 
- Семья с ребенком (дети)
- 
- 
- Семья без детей

**Жилищный статус:**

- 
- Постоянное место жительства
- 
- 
- скоро потерять свой дом
- 
- 
- бездомный

**Пол:**

- 
- Женский
- 
- 
- Мужской
- 
- 
- Трансгендер F-M
- 
- 
- Трансгендер M-F
- 
- 
- Другой
- 
- 
- Неизвестный

**Семейное положение:**

- 
- Одинокий(-ая)
- 
- 
- Женатый
- 
- 
- Раздельное жительство
- 
- 
- Разведен(а)
- 
- 
- Сожитель/сожительница
- 
- 
- Овдовела

**Главный язык:**

- 
- Английский
- 
- 
- Китайский
- 
- 
- Русский
- 
- 
- испанский
- 
- 
- вьетнамский
- 
- 
- Другой \_\_\_\_\_

**Уровень владения английским языком:**

- 
- беглый
- 
- 
- частично свободно владею
- 
- 
- не свободно владею

**Вы латиноамериканского происхождения?**

- 
- Да (владею резиденцией)
- 
- 
- Оставляюсь с семьей/друзьями
- 
- 
- Нет
- 
- 
- Unknown

**Первичная этническая принадлежность**

- 
- Американские индейцы/уроженцы Аляски
- 
- 
- Азиаты
- 
- 
- Черный/афроамериканец
- 
- 
- жители Гавайских/Тихоокеанских островов
- 
- 
- Белые
- 
- 
- American Indian/Alaskan Native and White
- 
- 
- Азиаты и белые
- 
- 
- Сервокожие/африканцы и белые
- 
- 
- другая много расовая принадлежность
- 
- 
- Я не хочу раскрывать

**Вы инвалид?**

- 
- Нет
- 
- 
- Да (Установите все соответствующие флажки)
- 
- 
- Злоупотребление алкоголем
- 
- 
- злоупотребление наркотиками
- 
- 
- проблемы с психическим здоровьем
- 
- 
- нарушения развития
- 
- 
- Физические ограничения
- 
- 
- Хроническая болезнь
- 
- 
- HIV / AIDS
- 
- 
- Другой \_\_\_\_\_

**Вы ветеран?**

- 
- Да
- 
- 
- Нет

**Образование:**

- 
- Начальная школа
- 
- 
- диплом средней школы
- 
- 
- некоторые колледжи
- 
- 
- некоторые колледжи
- 
- 
- степень магистра
- 
- 
- докторская степень
- 
- 
- нет школы
- 
- 
- Другой: \_\_\_\_\_

**Статус занятости:**

- 
- Полный рабочий день, более 35 часов в неделю
- 
- 
- Частичная занятость, менее 35 часов в неделю
- 
- 
- Домохозяйка
- 
- 
- безработный ищет работу
- 
- 
- Ушедший на пенсию
- 
- 
- Неполноценный студент
- 
- 
- Безработный, не ищу работу
- 
- 
- Я не хочу раскрывать

**Медицинская страховка:**

- 
- Medi-Cal
- 
- 
- Medicare
- 
- 
- частное страхование
- 
- 
- Страхование работодателя
- 
- 
- не застрахован



P  
a  
r  
k  
-  
I  
t  
M  
a  
r  
k  
e  
t  
D  
a  
t  
e  
r  
e  
c  
e  
i  
v  
e  
d

<p><b>Специальная программа питания (WIC):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>	<p><b>CalFresh?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Да—ежемесячная сумма \$ _____ <input type="checkbox"/> Нет</p>
--	--

<p>Общий ежемесячный доход: \$ _____ Общий годовой доход семьи: \$ _____</p>	<p><b>Источники дохода:</b></p> <p><input type="checkbox"/> SSI    <input type="checkbox"/> GA    <input type="checkbox"/> SSDI    <input type="checkbox"/> пенсия <input type="checkbox"/> заработанный доход    <input type="checkbox"/> Другой _____</p>
--	---

**Состав домохозяйства (перечислите всех взрослых или детей, проживающих с вами в вашем доме)**

имя	Дата рождения	Отношение

**Если у вас НЕТ ПРОЖИВАНИЯ, пожалуйста, ответьте на следующие вопросы:**

<p>Последний постоянный почтовый индекс: _____ В каком городе вы ночевали вчера вечером? _____</p> <p>Где Ты спал прошлой ночью? <input type="checkbox"/> аварийное убежище <input type="checkbox"/> Место, не предназначенное для проживания людей (улица, парк и т.п.) <input type="checkbox"/> Отель или мотель (без ваучера) <input type="checkbox"/> Временное жилье, охранная зона или охраняемая парковка <input type="checkbox"/> Другой: _____</p>	<p><b>Время бездомности:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Одна неделя или меньше <input type="checkbox"/> Больше недели, но меньше месяца <input type="checkbox"/> 1-3 месяца <input type="checkbox"/> Более 3 месяцев, но менее года <input type="checkbox"/> В течение года</p>
---	--

Я подтверждаю, что приведенная выше информация является точной и полной, по моему убеждению и в меру моей осведомленности. Я понимаю, что заполнение этой формы не гарантирует финансовую или иную помощь от WVCS. Спонсоры требуют от WVCS ежегодно сообщать сводные данные о клиентах, которых мы обслуживаем. WVCS уделяет первостепенное внимание обеспечению конфиденциальности, т.е. личные данные или идентифицирующая информация клиентов не передаются спонсорам и не включаются в какие-либо годовые отчеты. Настоящим я разрешаю агентству West Valley Community Services, Inc. рассматривать и обсуждать соответствующую информацию с другими агентствами и специалистами, участвующими в предоставлении мне необходимых услуг. Настоящим я освобождаю West Valley Community Services, Inc. от любой ответственности, связанной с вышеизложенным. Прочитав и поняв вышеизложенное, я добровольно подписываю это разрешение на выдачу информации.