

CTFB 补充资料接收表

以下问题是可选的，不会影响您获得食品援助。

如果您不愿意回答这一部分，可忽略这些问题并提交表格。

1. 电子邮件地址：

2. 我认为我的种族或民族是（请勾选所有适用的选项）

美洲印第安人或阿拉斯加原住民

中东人或北非人

亚裔

夏威夷原住民或其他太平洋岛民

黑人或非裔美国人

其他种族或民族

西班牙裔、拉丁裔/拉丁人或西班牙人

白人

3. 您还接受哪些额外援助？（请勾选所有适用的选项）

社会保障（Social Security）

WIC

德州妇女健康计划（Texas Women's Health Program）

Medicare

退伍军人福利

其他：_____

4. 性别： 女 男 其他 不想回答

5. 您家有几个孩子（0-17岁）？ _____

6. 您家有几位60岁及以上的人？ _____

7. 您家有几名退伍军人？ _____

8. 您家有几名现役军人？ _____

9. 您家有几名在读大学生？ _____

10. 您的首选语言是什么？

- | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 英语 | <input type="checkbox"/> 中文 | <input type="checkbox"/> 普什图语 |
| <input type="checkbox"/> 西班牙语 | <input type="checkbox"/> 捷克语 | <input type="checkbox"/> 斯瓦希里语 |
| <input type="checkbox"/> 美国手语 | <input type="checkbox"/> 法语 | <input type="checkbox"/> 提格里尼亚 |
| <input type="checkbox"/> 阿拉伯语 | <input type="checkbox"/> 海地克里奥尔语 | <input type="checkbox"/> 越南语 |
| <input type="checkbox"/> 波斯尼亚语 | <input type="checkbox"/> 印地语 | <input type="checkbox"/> 其他 |
| <input type="checkbox"/> 缅甸语 | <input type="checkbox"/> 韩语 | _____ |

德克萨斯州中部食品银行客户信息发布

我承认我的信息将存储在一个安全的电子数据库中，并可能被德克萨斯州中部食品银行（CTFB）和提供服务的食品储藏室使用，将我与其他计划或服务联系起来，改善提供给我和我的社区的服务，或进行研究。我也承认 CTFB 可能会与 Feeding America 和其他社区合作伙伴共享汇总、匿名或去识别化的信息，以更好地为我服务。

通过同意发布我的信息，我同意与 CTFB 及其合作伙伴共享我的信息，以改善对我的服务，并使我更容易在 CTFB 网络中的其他食品储藏室获取食物，而无需在不同的站点提供相同的信息。不同意，即表示我同意仅与该机构和 CTFB 共享我的信息。

同意

不同意

