

Questionnaire d'admission

Informations de base et de contact

Prénom: _____ Nom de famille: _____

Date de naissance: ____/____/____ OU âge: _____

Adresse: _____ Appartement, étage: _____

Ville: _____ État: _____ Code postal: _____

Adresse électronique: _____ Ok pour contacter

Numéro de téléphone: _____ Ok pour contacter Pas de téléphone

Quel mode de communication préférez-vous ? Texte Appel Courriel

Identité de genre : A quel sexe vous identifiez-vous ?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Homme | <input type="checkbox"/> Féminin | <input type="checkbox"/> Transgenre |
| <input type="checkbox"/> Femme trans | <input type="checkbox"/> Homme trans | <input type="checkbox"/> Non-binaire |
| <input type="checkbox"/> Non-conforme au genre | <input type="checkbox"/> Aucune de ces catégories | <input type="checkbox"/> Ne sait pas / préfère ne pas répondre |

Race / ethnie : A quelle race ou ethnie vous identifiez-vous ?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Caucasien | <input type="checkbox"/> Hispanique, latino ou espagnol | <input type="checkbox"/> Noirs ou afro-américains |
| <input type="checkbox"/> Asiatique | <input type="checkbox"/> Indien d'Amérique ou indigène de l'Alaska | <input type="checkbox"/> Moyen-Orient ou Afrique du Nord |
| <input type="checkbox"/> Natif hawaïen ou Autre insulaire du Pacifique | <input type="checkbox"/> Autre race ou ethnie | <input type="checkbox"/> Ne sait pas / préfère ne pas répondre |

Ménage : Combien de personnes actives de votre foyer, sans compter vous-même, bénéficieront des services fournis aujourd'hui ?

d'adultes (18-59 ans): ____ # d'enfants (0-17 ans): ____ # personnes âgées (60+ ans): ____

Âge des adultes: _____ Âge des enfants: _____ Âge des personnes âgées: _____

SNAP : Un membre de votre foyer bénéficie-t-il actuellement de SNAP ou de bons d'alimentation ?

- Oui Non Ne sait pas / préfère ne pas répondre