



Por favor comparta un poquito

Nos gustaría saber acerca de las personas que asisten a nuestras actividades para ayudarnos a mejorar nuestros servicios. Sus respuestas se combinan con las de los demás y no se pueden usar para identificarlo. Cada persona presente hoy debe llenar uno de estos formularios.

¡Gracias por su ayuda!

1) **¿Usted participa en CalFresh (conocido como estampillas de comida, SNAP o EBT) o en el Programa de Comidas Escolares Gratuitas?**

- Sí (SIGA CON LA PREGUNTA 3) No

2) **Si su respuesta en NO a la pregunta 1, marque los programas en los que participa:**

- CalWORKs (Asistencia monetaria) Programa WIC
 Head Start Comidas Escolares a Precio Reducido
 Programa de Asistencia Alimenticia de California (CFAP) Programa de Servicios Alimenticios de Verano

3) **Marque su rango de edad:** 0-4 años 5-17 años 18-59 años 60 o más

4) **Marque su sexo:** Femenino Masculino

5) **¿Es esta la primera vez que llena este formulario desde el 1 de octubre de 2011?**

- Sí (SIGA CON LA PREGUNTA 6) No/No sabe (NO SIGA)

6) **Elija UN GRUPO que mejor le identifique:**

DE ORIGEN HISPANO O LATINO

- Blanca
 Afroamericana
 India americana o Nativa de Alaska
 Nativa de Hawai o Isleña del Pacífico
 Asiática
 Dos o más de las razas mencionadas

DE ORIGEN NO HISPANO O LATINO

- Blanca
 Afroamericana
 India americana o Nativa de Alaska
 Nativa de Hawai o Isleña del Pacífico
 Asiática
 Dos o más de las razas mencionadas



Por favor comparta un poquito

Nos gustaría saber acerca de las personas que asisten a nuestras actividades para ayudarnos a mejorar nuestros servicios. Sus respuestas se combinan con las de los demás y no se pueden usar para identificarlo. Cada persona presente hoy debe llenar uno de estos formularios.

¡Gracias por su ayuda!

7) **¿Usted participa en CalFresh (conocido como estampillas de comida, SNAP o EBT) o en el Programa de Comidas Escolares Gratuitas?**

- Sí (SIGA CON LA PREGUNTA 3) No

8) **Si su respuesta en NO a la pregunta 1, marque los programas en los que participa:**

- CalWORKs (Asistencia monetaria) Programa WIC
 Head Start Comidas Escolares a Precio Reducido
 Programa de Asistencia Alimenticia de California (CFAP) Programa de Servicios Alimenticios de Verano

9) **Marque su rango de edad:** 0-4 años 5-17 años 18-59 años 60 o más

10) **Marque su sexo:** Femenino Masculino

11) **¿Es esta la primera vez que llena este formulario desde el 1 de octubre de 2011?**

- Sí (SIGA CON LA PREGUNTA 6) No/No sabe (NO SIGA)

12) **Elija UN GRUPO que mejor le identifique:**

DE ORIGEN HISPANO O LATINO

- Blanca
 Afroamericana
 India americana o Nativa de Alaska
 Nativa de Hawai o Isleña del Pacífico
 Asiática
 Dos o más de las razas mencionadas

DE ORIGEN NO HISPANO O LATINO

- Blanca
 Afroamericana
 India americana o Nativa de Alaska
 Nativa de Hawai o Isleña del Pacífico
 Asiática
 Dos o más de las razas mencionadas