



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 este formulario. ¡Gracias por su ayuda!

1. ¿Usted participa en CalFresh (conocido como estampillas de comida, SNAP o EBT)?

- Sí (SIGA CON LA PREGUNTA 3) No

2. Marque los programas en los que participa:

- CalWORKs (Asistencia monetaria) Comidas Escolares a Precio Reducido
 Head Start Programa de Servicios Alimenticios de Verano
 Medi-Cal Programa de Vivienda de Sección 8
 Programa WIC Seguridad de Ingreso Suplementario
 Programa de California para la Asistencia Alimentaria (CFAP)
 Programa de Cuidado de la Alimentación para Niños y Adultos (CACFP)

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 2014?

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

6. ¿Es usted de origen hispano, latino? (Una persona mexicana, puertorriqueña, cubana u otro origen hispano, latino o español, sin importar de qué raza).

- Sí No/No sabe

7. Marque la raza que mejor le identifique:

- Blanca Nativa de Hawaii o isleña del Pacífico
 Negra Asiática
 India americana o nativa de Alaska Dos o más de las razas mencionadas

Financiado por SNAP-Ed del USDA, un proveedor y empleador que ofrece oportunidades equitativas •Departamento de Salud Pública de California



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 este formulario. ¡Gracias por su ayuda!

1. ¿Usted participa en CalFresh (conocido como estampillas de comida, SNAP o EBT)?

- Sí (SIGA CON LA PREGUNTA 3) No

2. Marque los programas en los que participa:

- CalWORKs (Asistencia monetaria) Comidas Escolares a Precio Reducido
 Head Start Programa de Servicios Alimenticios de Verano
 Medi-Cal Programa de Vivienda de Sección 8
 Programa WIC Seguridad de Ingreso Suplementario
 Programa de California para la Asistencia Alimentaria (CFAP)
 Programa de Cuidado de la Alimentación para Niños y Adultos (CACFP)

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 2014?

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

6. ¿Es usted de origen hispano, latino? (Una persona mexicana, puertorriqueña, cubana u otro origen hispano, latino o español, sin importar de qué raza).

- Sí No/No sabe

7. Marque la raza que mejor le identifique:

- Blanca Nativa de Hawaii o isleña del Pacífico
 Negra Asiática
 India americana o nativa de Alaska Dos o más de las razas mencionadas

Financiado por SNAP-Ed del USDA, un proveedor y empleador que ofrece oportunidades equitativas •Departamento de Salud Pública de California