

NAME \_\_\_\_\_

TODAY'S DATE \_\_\_\_\_

ADDRESS (City, State, Zip Code) \_\_\_\_\_

If interested in participating in a future nutrition education class, please provide a **phone number:** \_\_\_\_\_

Name of nearest school or school child attends: \_\_\_\_\_

Do you or your family receive **CalFresh** benefits (food stamps)?  Yes  No  Don't know

Do you or your family receive **WIC** Benefits?  Yes  No  Don't know

Does your child receive **Free** or **Reduced** Price meals at school?  Yes  No  Don't know

**GENDER:**  Female  Male

**AGE:**  18-59  60 or older

**ETHNICITY:**  Hispanic or Latino  Non-Hispanic or Non-Latino

**RACE (Check all you identify with)**

American Indian/Alaskan Native  Asian  Black or African American

Native Hawaiian or Pacific Islander  White  More than one race

**1. During the past week, did you choose a smaller amount of food or beverages at least 1 time?**  Yes  No

**2. Within the next week, how often will you choose a smaller amount of food or beverages?**  Same as before  More often

**Please share with us how this workshop will help you and your family:**

---

---

---

---

---

Nombre

Fecha De Hoy

Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal)

Si usted está interesado en participar en una clase de educación nutricional futuro, por favor proporcione **un número de teléfono:** \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela más cercana a usted o de la escuela de su hijo/a: \_\_\_\_\_

¿Usted o su familia reciben los beneficios de **CalFresh** (estampillas de alimento)?  Sí  No  No lo sé

¿Usted o su familia reciben beneficios de **WIC**?  Sí  No  No lo sé

¿Su hijo/a recibe comidas escolares **gratis o a precio reducido**?  Sí  No  No lo sé

Generó:  Mujer  Hombre

Edad:  18-59  60+ Años

Etnicidad:  Hispano O Latino  Ni-Hispano o ni-Latino

Raza (puede marcar más de una)

Negro o afroamericano  Nativo de Hawái o de ostra isla del Pacífico  Asiático

Caucásico  Indio norteamericano o nativo de Alaska  Más de una raza

1. ¿Durante la semana pasada, escogió usted una cantidad de mas pequeña de alimentos o bebidas al menos 1 (una) vez?  Sí  No

2. ¿En la próxima semana, con qué frecuencia escogerá Usted una cantidad más pequeña de alimentos o bebidas?  Lo mismo que antes  Más que antes

Por favor comparta con nosotros como esta clase le ayudará a usted y su familia:

---

---

---

---