

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 drink a sweet beverage (regular soda, sports drinks, fruit punches, teas, or other drinks sweetened with sugar) every day? Yes No

2. Within the next week, how often will you drink a sweet beverage? Same as before Less 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 Pacifico Asiático

Caucásico Indio norteamericano o nativo de Alaska Más de una raza

1. ¿Durante la semana pasada, tomó usted una bebida endulzada (refrescos que no son de dieta, bebidas deportivas, ponches de fruta, té u otras bebidas endulzadas con azúcar) cada día? Sí No

2. ¿En la próxima semana, con qué frecuencia tomará usted bebidas endulzadas? Lo mismo que antes Menos que antes

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