

SBHC Food Pantry Survey

Please complete for each family receiving a food bag for the first time. Thank you!
This data will be used for reporting purposes only - no identifying information will be shared.

Complete para cada familia que recibe una bolsa de alimentos por primera vez. ¡Gracias!
Estos datos se utilizarán solo con fines informativos; no se compartirá ninguna información de identificación.

[Sign in to Google](#) to save your progress. [Learn more](#)

* Indicates required question

Student's Name (Nombre del Estudiante) *

Your answer

Phone Number or Email Address (Número de teléfono o dirección de correo electrónico) *

Your answer



How many people live in your household? (¿Cuántas personas viven en su hogar?) *

Your answer

What is your race/ethnicity? (¿Cuál es su raza/etnicidad?) *

- Black or African-American
- Hispanic/Latino
- White
- Hawaiian/Pacific Islander
- Asian
- American Indian
- Two or More Races
- Prefer not to say

What is your gender? (¿Cuál es su género?) *

- Male
- Female
- Prefer to self-describe
- Prefer not to say



How many servings of fruits or vegetables does your child eat a day? (One serving is most easily identified by the size of the palm of your child's hand.) *
[¿Cuántas porciones de frutas o verduras come su hijo al día? (Una porción se identifica más fácilmente por el tamaño de la palma de la mano de su hijo).]

- 0
- 1-2
- 3+

In the past 12 months were you worried about running out of food before you had money for more? (En los últimos 12 meses, ¿le preocupaba quedarse sin comida antes de tener dinero para más?)

- Yes/Si
- No

In the past 12 months, did you run out of food and did not have money or food stamps for more? (En los últimos 12 meses, ¿se quedó sin alimentos y no tenía dinero o cupones de alimentos para más?)

- Yes/Si
- No

Is your child enrolled in the Stephens School-Based Health Clinic? (¿Está su hijo inscrito en la Clínica de Salud Escolar de Stephens?) *

- Yes/Si
- No



If no, would you like them to be? (Si no, ¿le gustaría que lo fueran?)

Yes/Si

No

Has your child had a physical in the past year? (¿Su hijo ha tenido un examen físico en el último año?) *

Yes/Si

No

If yes, was this at the Stephens School-Based Health Clinic? (En caso afirmativo, ¿fue esto en la Clínica de Salud de la Escuela Stephens?)

Yes/Si

No

Who referred you to the food pantry? (¿Quién lo refirió a la despensa de alimentos?) *

Stephens Health Clinic/ Clínica de salud Stephens

School Counselor/Consejera escolar (Ms. Shutes)

CommUNITY School Site Coordinator (Ms. Hadley)

Parent Engagement Facilitator (Ms. Washington)

School Nurse/Enfermera de la escuela (Nurse White)



Would you like your student to receive a food bag every week? (¿Le gustaría que su estudiante reciba una bolsa de comida cada semana?)

Yes

No

Submit

Clear form

Never submit passwords through Google Forms.

This content is neither created nor endorsed by Google. [Report Abuse](#) - [Terms of Service](#) - [Privacy Policy](#).

Google Forms



