

SBHC Food Pantry Survey

Please complete for each family receiving a food bag. 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. ¡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

How many times have you received food from this food pantry? (¿Cuántas veces ha recibido alimentos de esta despensa?)

- 1-2
- 3-5
- 6-10
- 10+

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

Since receiving items from the food pantry, have you signed up to receive SNAP benefits? (Desde que recibió artículos de la despensa de alimentos, ¿se ha registrado para recibir los beneficios de SNAP?)

- Yes (Si)
- No
- I was already signed up for SNAP benefits (Ya estaba registrado para los beneficios de SNAP)

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

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



