

# 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.

---

\* Required

1. Student's Name (Nombre del Estudiante) \*

---

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

---

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

---

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

*Mark only one oval.*

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

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

*Mark only one oval.*

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

6. 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).]

*Mark only one oval.*

- 0
- 1-2
- 3+

7. 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?)

*Mark only one oval.*

Yes/Si

No

8. 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?)

*Mark only one oval.*

Yes/Si

No

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

*Mark only one oval.*

Yes/Si

No

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

*Mark only one oval.*

Yes/Si

No

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

*Mark only one oval.*

Yes/Si

No

12. 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?)

*Mark only one oval.*

Yes/Si

No

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

*Check all that apply.*

- 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)

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

*Mark only one oval.*

Yes

No

This content is neither created nor endorsed by Google.

# Google Forms