**Attachment D.5.a Formulario de Examen de Entrevista – Español**

***Evaluación de Acceso Senior SNAP*** ***Hoja de información de la entrevista***

¡Gracias por participar en la encuesta! Para ayudarnos a conocer más acerca suyo para nuestra investigación, complete la siguiente información. Solo el equipo de estudio verá esta información y el formulario se mantendrá en privado, con excepción de lo requerido por ley.

Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Edad: [ ]  60-64 Veterano: [ ]  Sí

 [ ]  65 – 69 [ ]  No

 [ ]  70 - 74

 [ ]  75 - 79

 [ ]  Más de 80

Sexo: [ ]  Hombre Mi imagen de mí mismo es: [ ]  Lesbiana o gay

 [ ]  Mujer [ ]  Heterosexual, no gay

 [ ]  Transgénero [ ]  Bisexual

 [ ]  No registrado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Algo distinto

 [ ]  Prefiero no responder [ ]  No sabe

 [ ]  Prefiero no responder

Etnia: [ ]  Hispano o Latino

 [ ]  No Hispánico ni Latino

Raza (marque todos los que correspondan):  [ ]  Indoamericano o nativo de Alaska

 [ ]  Asiático

 [ ]  Negro o afroamericano

[ ]  Nativo de Hawai u otro isleño del Pacífico

 [ ]  Blanco o Caucásico

 [ ]  Prefiero no responder

Nivel educativo superior: [ ]  8to grado o menos

 [ ]  Graduado de escuela secundaria

 [ ]  Diploma de escuela secundaria o GED

 [ ]  Diplomado

 [ ]  Licenciatura o equivalente

 [ ]  Alguna Escuela de posgrado

 [ ]  Licenciado

Uso de Internet (marque todo lo que corresponda):

 [ ]  En mi computadora local

 [ ]  En mi teléfono celular

 [ ]  En la biblioteca/ otro sitio de la comunidad

 [ ]  En la computadora de un amigo o familiar

 [ ]  Rara vez o nunca

 [ ]  Otros (especificar):

Discapacidad\*:

 [ ]  Sí, tengo una discapacidad

 [ ]  No, en este momento no tengo una discapacida

 [ ]  Prefiero no responder

*\*Se considera que usted tiene una discapacidad si usted tiene un impedimento físico o mental o una condición médica que limita sustancialmente alguna actividad importante de la vida, o si usted tiene un historial o registro de tal impedimento, o condición médica.*

Ingreso mensual de la casa\*\*: [ ]  Menos de $1,000

 [ ]  $1,001 – 1,500

 [ ]  $1501 – 1,999

 [ ]  $2,000 - 2,999

 [ ]  $3,000 o más

Número de personas en la casa\*\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\*\*La casa es de las personas que viven juntas, compran alimentos como grupo y preparan comidas como un grupo*.