**أسئلة استبيان للزبائن: Food Pantry/Bank On-Site (موقع مخزن الطعام / بنك الطعام) أو Mobile (المحمول) أو التسليم**

هذا الاستبيان متاح باللغات الصينية المبسطة والصينية التقليدية والإسبانية والروسية والفيتنامية و الأمهرية و التاغالوغية واليابانية و الأورومو والصومالية و التغرينية والكورية والعربية والأوكرانية و السواحيلية.

**الغرض من الاستبيان** هو لفهم احتياجاتك من الطعام وتجربتك مع هذا البرنامج ستساعدنا ملاحظاتك في تحسين الخدمات.

* الاستبيان طوعي. لن تحتاج إلى إكمال هذا الاستبيان لغرض تلقي الطعام أو الخدمات.
* هذه الاستبيان لا يذكر الأسماء. نحن لا نطلب اسمك.
* لن نعاقبك على أي إجابة تقدمها. لا تتردد في الإجابة بصدق.
* الاستبيان قد يستغرق أقل من 5 دقائق فقط لإكماله.

**أسئلة الاستبيان**

1. في آخر 30 يوما، هل حصلت على طعام من أي من مخازن الطعام أومن برامج توصيل تابعة لمخازن الطعام بخلاف هذا البرنامج؟

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **○** نعم | **○** كلا | **○** أفضل أن لا أقول |

1. بالتفكير في جميع مخازن الطعام التي تلقيت الطعام منها في آخر 30 يوما، كم من طعام أسرتك تعتقد إنه من مخازن الطعام أو من برامج توصيل تابعة لمخازن الطعام؟

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **○** طعام يكفي لبضعة أيام | **○** طعام يكفي لأسبوع أو أسبوعين | **○** أكثر من نصف طعامنا | **○** تقريبا كل طعامنا |

1. كانت لدي تجربة ترحيبية ومحترمة بالحصول على الطعام اليوم.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **○** أوافق بشدة | **○** أوافق إلى حد ما | **○** أوافق إلى حد ما | **○** محايد | **○** لا أوافق إلى حد ما | **○** لا أوافق بشدة |

1. أحببت الأطعمة التي كانت متوفرة أو التي تم تسليمها اليوم.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **○** أوافق بشدة | **○** أوافق إلى حد ما | **○** محايد | **○** لا أوافق إلى حد ما | **○** لا أوافق بشدة |

1. هل كان لديك أي احتياجات لم يتم تلبيتها من خلال الطعام المتاح أو الذي تم تسليمه اليوم؟ اختار كل ما ينطبق:

* لا - الأطعمة المقدمة لبت احتياجاتي.
* كمية الفواكه والخضروات الجيدة غير كافية
* نوعية رديئة بشكل عام
* لا يوجد ما يكفي من البروتينات
* أطعمة غير كافية لصحتي ورفاهيتي
* كمية غير مناسبة من الطعام بشكل عام
* لا علاقة لها بثقافتي
* لا يلبي الاحتياجات الغذائية
* غير قادر على تحضيره أو تناوله (ليس لدي أدوات أو وقت أو غير ذلك)
* أُخرى. قم بالوصف (اختياري): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ما مدى فائدة تلقي الطعام من هذا البرنامج في مساعدتك وأسرتك على تحملك الاحتياجات الأساسية الأخرى مثل الطعام والسكن والمرافق والنقل والرعاية الطبية؟

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **○** يساعد كثيرا | **○** يساعد بشكل معتدل | **○** يساعد قليلا | **○** لا يساعد | **○** لست متأكدا |

1. ما هو عرقك / الأثنية الخاصة بك؟ اختار كل ما ينطبق:

* آسيوي
* من هنود أمريكا الأصليين أو سكان ألاسكا الأصليين
* أسود / أمريكي من أصل أفريقي
* من أصول هسبانية أو لاتينية أو إسبانية
* شرق أوسطي أو من شمال أفريقيا
* من سكان هاواي الأصليين أو سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى
* أبيض
* أفضل عدم الإجابة
* أُخرى.