

من أجل استخدام الموظفين فقط (FOR STAFF USE ONLY):

الخدمة (Service)

أفكار (Insights)

DC TEFAP



الرمز الشريطي (Barcode #):

نموذج استلام الرؤى حول الخدمة - يرجى الطباعة بوضوح (Service Insights Intake Form - Please Print Clearly)

*التاريخ (Date):

(Highlighted fields are required) هي حقول مطلوبة

*الاسم الأول (First Name):		*الاسم الأخير (Last Name):	
*العنوان (Address):		*الولاية (State):	
*المدينة (City):		*الرمز البريدي (ZIP):	
*البلدية (Ward):		<input type="checkbox"/> يوجد عنوان ثابت (No Fixed Address)	
* إجمالي عدد الأشخاص المقيمين في منزلك (Total Number of People in Household):			
* هل يتلقى أي فرد في منزلك حالياً برنامج SNAP، المعروف أيضاً باسم قسائم الطعام؟ (Is anyone in your household currently receiving SNAP, also known as food stamps?)		<input type="checkbox"/> نعم (Yes) <input type="checkbox"/> لا (No) <input type="checkbox"/> لا أعرف / أفضل عدم الإجابة (Don't know / prefer not to answer)	
الأسر التي تتلقى برنامج SNAP مؤهلة للحصول على برنامج TEFAP (Households that receive SNAP are eligible for TEFAP)		البرامج الحكومية الأخرى (حدد كل ما ينطبق) (Other Government Programs (select all that apply)):	
الأسر التي تتلقى برنامج TANF مؤهلة للحصول على برنامج TEFAP (Households that receive TANF are eligible for TEFAP).		[Low (LIHEAP) برنامج مساعدة الطاقة المنزلية للأسر منخفضة الدخل (LIHEAP) Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)]	
الأسر المعيشية لشخص واحد يتلقى برنامج Medicaid مؤهلة للحصول على TEFAP (Households of one person who receive Medicaid are eligible for TEFAP).		[عانات البطالة (Unemployment) إعانات الإسكان (Housing subsidies) مساعدة المحاربين القدامى (Veteran's Assistance) برنامج الغذاء التكميلي السلعي (CSFP) [Commodity Supplemental Food Program (CSFP)] برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) [Children's Health Insurance Program (CHIP)] وجبات مدرسية مجانية / مخفضة السعر (Free/reduced price school meals) تأمين الإعاقة للضمان الاجتماعي (SSDI) أو مدفوعات العجز (Social Security Disability Insurance (SSDI) or disability payments) لا شيء (None)]	
<input type="checkbox"/> TANF أو المساعدة النقدية (TANF or cash assistance)		<input type="checkbox"/> دخل الضمان التكميلي (SSI) [Supplemental Security Income (SSI)]	
<input type="checkbox"/> Medicaid		<input type="checkbox"/> Medicare	
<input type="checkbox"/> النساء والرضع والأطفال (WIC) [Women, Infants, and Children (WIC)]		<input type="checkbox"/> الضمان الاجتماعي (Social Security)	
<input type="checkbox"/> تعويضات العمال (Worker's Compensation)		<input type="checkbox"/> ائتمان ضريبة الدخل المكتسب (EITC) أو ائتمانات ضريبية أخرى قابلة للاسترداد [Earned Income Tax Credit (EITC) or other refundable tax credit]	
*دخل الأسرة (Household Income):			
دولاراً في الأسبوع (per week) أو (OR) دولاراً شهرياً (per month) أو (OR) دولاراً في السنة (per year)			
الوكيل: هل ثمة شخص آخر قد يأتي للحصول على الطعام بالنيابة عنك؟ (Proxy: Is there someone else who may pick up food for you?)			
الاسم (Name):		رقم الهاتف (Phone Number):	
<p>وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يُحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس (بما في ذلك الهوية الجنسية والتوجه الجنسي) أو الإعاقة أو العمر أو الانتماء أو القصاص لأي نشاط سابق للحقوق المدنية. قد تتوفر معلومات البرنامج بلغات أخرى بخلاف الإنجليزية. يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج (مثل طريقة برايل، والطباعة الكبيرة، والشريط الصوتي، ولغة الإشارة الأمريكية)، الاتصال بالولاية المسؤولة أو الوكالة المحلية التي تدير البرنامج أو مركز TARGET التابع لوزارة الزراعة الأمريكية على الرقم 202.720.2600 (الصوت و TTY) أو الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم 800.877.8339. لتقديم شكوى حول أي تمييز في البرنامج، يجب على المشتكى إكمال نموذج AD-3027 "نموذج شكوى التمييز في برنامج وزارة الزراعة الأمريكية" والذي يمكن تنزيله من الإنترنت من خلال الرابط: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20PComplaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf أو من خلال الاتصال على الرقم 866.632.9992 أو من خلال إرسال رسالة بريدية إلى الوزارة. ويجب أن تتضمن الرسالة اسم صاحب الشكوى وعنوانه ورقم هاتفه ووصف مكتوب للإجراء التمييزي المزعوم بتفصيل كاف لإبلاغ مساعد وزير الحقوق المدنية (ASCR) بطبيعة وتاريخ انتهاك الحقوق المدنية المزعوم. يجب تقديم نموذج أو خطاب AD-3027 المكتمل إلى وزارة الزراعة الأمريكية عبر القنوات التالية (In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity. Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotope, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20PComplaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by):</p>			
1. البريد (Mail): U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410			
2. فاكس: (833) 1665-256 أو (202) 7442-690 أو (202) 690-7442; أو (833) 256-1665 (Fax)			
3. البريد الإلكتروني (Email): Program.Intake@usda.gov			
هذه المؤسسة توفر تكافؤ الفرص (This institution is an equal opportunity provider).			

الأسئلة التالية اختيارية ولن تؤثر على خدمة البرنامج.
سيتم استخدام أي معلومات تختار تقديمها فقط لتحسين خدماتنا للمجتمع.

(The following questions are optional and will not impact your TEFAP service.
Any information you choose to provide will only be used to improve our services to the community.)

***مساعدتنا الحقول المظللة على خدمتك بشكل أفضل! (Highlighted fields will help us the most to serve you better!)**

عنوان البريد الإلكتروني (Email Address): _____				
<input type="checkbox"/> أنا موافق على التواصل عبر البريد الإلكتروني (OK to contact via email) <input type="checkbox"/> أنا موافق على التواصل عبر الهاتف (OK to contact via phone) <input type="checkbox"/> من دون الهاتف (No phone)				
الطريقة المفضلة للتواصل (Preferred method of communication): <input type="checkbox"/> الرسائل النصية (Text) <input type="checkbox"/> الاتصال الهاتفي (Call) <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني (Email)				
*تاريخ الولادة (Date of Birth): _____ / _____ / _____ (شهر / يوم / سنة) [(MM/DD/YYYY)] أو العمر (Age or): _____				
*الجنس (Gender):				
<input type="checkbox"/> ذكر (Male) <input type="checkbox"/> أنثى (Female) <input type="checkbox"/> متحول جنسي (Transgender)				
<input type="checkbox"/> أنثى متحولة / امرأة متحولة (Trans Female / Trans Woman) <input type="checkbox"/> ذكر متحولة / رجل متحول (Trans Male / Trans Man) <input type="checkbox"/> غير ثنائي (Non-binary)				
<input type="checkbox"/> غير مطابق لجنس (Gender non-conforming) <input type="checkbox"/> لا شيء من هؤلاء (None of these) <input type="checkbox"/> لا أعرف / أفضل عدم الإجابة (Don't know / Prefer not to answer)				
*العرق / الإثنية (اختر كل ما ينطبق) [Race / Ethnicity (choose all that apply)]:				
<input type="checkbox"/> أبيض (White) <input type="checkbox"/> أسود أو أفريقي أمريكي (Black or African American) <input type="checkbox"/> من الشرق الأوسط أو شمال إفريقيا (Middle Eastern or North African) <input type="checkbox"/> من سكان هاواي الأصليين أو غيرهم المحيط الهادئ من سكان الجزر (Native Hawaiian or Other Pacific Islander) <input type="checkbox"/> هسباني، أو لاتيني أو إسباني (Hispanic, Latino, or Spanish) <input type="checkbox"/> أمريكي هندي أو سكان ألاسكا الأصليين (American Indian or Alaska Native) <input type="checkbox"/> بعض الأعراق أو الإثنيات الأخرى (Some other race or ethnicity) <input type="checkbox"/> لا أعرف / أفضل عدم الإجابة (Don't know / Prefer not to answer)				
اللغة (اللغات) المفضلة (Preferred Language(s))				
<input type="checkbox"/> الإنجليزية (English) <input type="checkbox"/> الفرنسية (French) <input type="checkbox"/> الإسبانية (Spanish) <input type="checkbox"/> الكورية (Korean) <input type="checkbox"/> الفيتنامية (Vietnamese) <input type="checkbox"/> العربية (Arabic) <input type="checkbox"/> الأماهيرية (Amharic) <input type="checkbox"/> الألفندي (Mandarin) <input type="checkbox"/> آخر (Other): _____				
هل تحتاج إلى خدمات الترجمة؟ (Do you need translation services?) <input type="checkbox"/> نعم (Yes) <input type="checkbox"/> لا (No)				
أفراد الأسرة (Household Members)				
قدم المعلومات التالية لجميع الأشخاص الآخرين في منزلك، من دون إدراج معلوماتك أنت (Provide the following information for all other people in your household, not including yourself).				
العرق (Ethnicity)	الجنس (Gender)	*تاريخ الولادة أو العمر (Date of Birth or Age)	الكنية (Last Name)	الاسم الأول (First Name)
*اعتبارات غذائية (Dietary Considerations):				
<input type="checkbox"/> منخفض السكر / منخفض الكربوهيدرات ("مناسب لمرض السكري") <input type="checkbox"/> نظام غذائي لثني / مخاوف حيال الأسنان (Soft diet / dental concerns) <input type="checkbox"/> حلال (Halal) <input type="checkbox"/> نباتي كامل (Vegan) <input type="checkbox"/> محدود / لا توجد معدات طهي (Limited / no cooking equipment) <input type="checkbox"/> آخر (Other): _____ <input type="checkbox"/> لا قيود (No restrictions) <input type="checkbox"/> لا أعرف / أفضل عدم الإجابة (Don't know / prefer not to answer)				
<input type="checkbox"/> خالي من الغلوتين (Gluten-free) <input type="checkbox"/> نباتي (Vegetarian) <input type="checkbox"/> مسببات الحساسية الغذائية (Food allergen): _____ <input type="checkbox"/> منخفض الصوديوم / منخفض الدهون المشبعة ("صحي للقلب") <input type="checkbox"/> موافق للشريعة اليهودية (Kosher)				
الحالة العسكرية (Military Status)				
هل خدم أي شخص في أسرتك، بما في ذلك أنت، في الخدمة الفعلية في القوات المسلحة الأمريكية؟ تشمل الخدمة الفعلية الخدمة في القوات المسلحة الأمريكية وكذلك حالة التنشيط من الاحتياط أو الحرس الوطني (Has anyone in your household, including yourself, served on active duty in the U.S. Armed Forces? Active duty includes serving in the U.S. Armed Forces as well as activation from the Reserves or National Guard).				
<input type="checkbox"/> نعم، في الخدمة الفعلية في الماضي، ولكن ليس الآن (Yes, on active duty in the past, but not now) <input type="checkbox"/> لا، لست في الخدمة الفعلية أبداً باستثناء التدريب الأولي / الأساسي (No, never on active duty except for initial/basic training) <input type="checkbox"/> لا أعرف / أفضل عدم الإجابة (Don't know / Prefer not to answer) <input type="checkbox"/> نعم، حالياً في الخدمة الفعلية (Yes, now on active duty) <input type="checkbox"/> لا، لم أخدم قط في القوات المسلحة الأمريكية (No, never served in the U.S. Armed Forces)				