

صرف برای استفاده کارمند (FOR STAFF USE ONLY):

خدمت (Service)

بینش (Insights)

DC TEFAP



بارکود # (Barcode #):

بیش خدمات ورودی فورم - لطفاً بشکل واضح چاپ کنید (Service Insights Intake Form – Please Print Clearly)

*فیلدهای هایلایت ضروری هستند (Highlighted fields are required)

*تاریخ (Date)

*اسم (First Name):		*تخل ص (Last Name):	
*ادرس (Address):		*شهر (City):	
*ایالت (State):		*کود پستی (ZIP):	
*بخش (Ward):		<input type="checkbox"/> نمبر ثابت آدرس (No Fixed Address)	
*تعداد مجموعی افراد در خانوار (Total Number of People in Household):			
*آیا کسی در خانواده شما در حال حاضر SNAP که بنام کمک غذایی نیز یاد می شود، دریافت می کند؟ (Is anyone in your household currently receiving SNAP, also known as food stamps?)		<input type="checkbox"/> بلی (Yes) <input type="checkbox"/> نخیر (No) <input type="checkbox"/> نمیدانم / ترجیح میدهم جواب نده (Don't know / prefer not to answer)	
فامیل های که SNAP دریافت می کنند واجد شرایط TEFAP هستند (Households that receive SNAP are eligible for TEFAP). سایر برنامه های دولتی (لطفاً تمام موارد قابل تطبیق را انتخاب کنید) [Other Government Programs (select all that apply)]: فامیل های که TANF دریافت می کنند واجد شرایط TEFAP هستند (Households that receive TANF are eligible for TEFAP). فامیل های یک نفر که Medicaid دریافت می کنند واجد شرایط TEFAP هستند (Households of one person who receive Medicaid are eligible for TEFAP).		<input type="checkbox"/> TANF یا مساعدت نقدی (TANF or cash assistance) <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> درآمد تامین تکمیلی (SSI) <input type="checkbox"/> [Supplemental Security Income (SSI)] <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> برنامه زنان، نوزادان و اطفال، (WIC) [Women, Infants, and Children (WIC)] <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی (Social Security) <input type="checkbox"/> غرامت کارگر (Worker's Compensation) <input type="checkbox"/> کرایه مالی بر درآمد کسب شده (EITC) یا سایر کرایه مالی قابل استرداد (Earned Income Tax Credit (EITC) or other refundable tax credit)	
*درآمد خانواده (Household Income)			
\$ در هفته (per week) یا (OR)		\$ در ماه (per month) یا (OR)	
\$ در سال (per year)			
وکیل: آیا کسی دیگری است که برای شما غذا بردارد؟ (Proxy: Is there someone else who may pick up food for you?)			
نام (Name)		شماره تلفون (Phone Number):	
<p>مطابق با قانون فدرال حقوق مدنی و مقررات و پالیسی های حقوق مدنی وزارت کشاورزی ایالات متحده (USDA)، این مؤسسه از تبعیض به اساس نژاد، رنگ، منشأ ملی، جنسیت (بشمول هویت جنسی و گرایش جنسی)، معلولیت، عمر، یا معامله با المثل یا تلافی برای فعالیت قبلی حقوق مدنی منع شده است. معلومات پروگرام ممکن است به لسان هایی غیر از انگلیسی در دسترس باشد. افراد دارای معلولیتی که برای به دست آوردن معلومات پروگرام به وسایط ارتباطی جایگزین ضرورت دارند (مانند خط بریل، چاپ بزرگ، نوار صوتی، لسان اشاره آمریکایی)، باید با ایالت مسئول یا ایجنسی محلی که پروگرام را مدیریت می کند یا مرکز USDA TARGET به نمبر (202) 720-2600 (صوتی و TTY) یا از طریق خدمات رله فدرال به نمبر (800) 877-8339 با USDA تماس بگیرید. برای ثبت شکایت تبعیض در پروگرام، شاکای باید فورمه AD-3027، فورمه شکایت تبعیض در پروگرام USDA را تکمیل کرد که می توانید آنها را به صورت آنلاین در آدرس ذیل: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-AD-3027-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf، از هر دفتر USDA، با تماس با (866) 632-9992، یا با نوشتن نامه ای خطاب به USDA دریافت کنید. نامه باید حاوی نام، آدرس، نمبر تلفون شاکای و شرح مکتوبی از اقدام تبعیض آمیز مورد ادعا یا جزئیات کافی باشد تا در مورد ماهیت و تاریخ نقض ادعایی حقوق مدنی، به دستیار وزیر حقوق مدنی (ASCR) اطلاع دهد. فورمه یا نامه تکمیل شده AD-3027 باید توسط به USDA ارسال شود.</p> <p>(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. نامه: دفتر وزارت کشاورزی ایالات متحده دستیار وزیر حقوق مدنی، سرک استقلال 1400، جنوب غربی واشنگتن، دی سی 20250-9410 2. فکس: (833) 256-1665 یا (202) 690-7442؛ یا (866) 632-9992؛ یا (833) 256-1665 or (202) 690-7442 (Fax) 3. ایمیل (Email): Program.Intake@usda.gov			
این مؤسسه یک ارائه کننده فرصت برابر است (This institution is an equal opportunity provider).			

سوالات ذیل اختیاری هستند و خدمات TEFAP شما را متاثر نمی سازد.
هر معلوماتی که برای ارائه انتخاب می کنید صرف برای بهبود خدمات ما به انجمن استفاده می شود.

(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.)

*فیلدهای هایلایت شده به ما کمک می کنند تا بهتر به شما خدمت کنیم! (Highlighted fields will help us the most to serve you better)

ایمیل آدرس (Email Address): _____
مشکل نیست اگر از طریق ایمیل تماس گرفته شود (OK to contact via email) مشکل نیست اگر از طریق تلفون تماس گرفته شود شماره تلفون (Phone Number): _____
(No phone) (OK to contact via phone)
میتود ترجیحی ارتباط (Preferred method of communication): _____
ایمیل (Email) تماس (Call) پیام کتبی (Text)

*تاریخ تولد (Date of Birth): _____ / _____ / _____ (ماه/روز/سال) [(MM/DD/YYYY)] یا سن (Age) (or) _____

*جنسیت (Gender): _____
مذکر (Male) مونث (Female) فرجنسیت (Transgender)
ترانس مونث/ترانس زن (Trans Female / Trans Woman) ترانس مذکر/ترانس مرد (Trans Male / Trans Man) غیرباینری (Non-binary)
عدم تطابق جنسیت (Gender non-conforming) هیچکدام این (None of these) نمیدانم / ترجیح میدهم جواب ندهم (Don't know / Prefer not to answer)

*نژاد/ قوم (همه موارد قابل تطبیق را انتخاب کنید) (Race / Ethnicity (choose all that apply))

سفید پوست (White) سیاه پوست یا آفریقایی آمریکایی (Black or African American)
آسیایی (Asian) شرق میانه ای (Middle Eastern or North African)
هوا هوای بومی یا دیگر جزیره پاسفیک (Native Hawaiian or Other Pacific Islander) نژاد دیگر یا قومیت (Some other race or ethnicity)
هیسپانیک، لاتینی، یا اسپانیایی (Hispanic, Latino, or Spanish) نمیدانم / ترجیح میدهم جواب ندهم (Don't know / Prefer not to answer)
آمریکایی بومی یا بومی آلاسکایی (American Indian or Alaska Native)

زبان (های) مورد علاقه (Preferred Language(s))

انگلیسی (English) فرانسوی (French) ویتنامی (Vietnamese) آیا به خدمات ترجمه نیاز دارید؟ (Do you need translation services?)
اسپانیایی (Spanish) کوریایی (Korean) عربی (Arabic) بلی (Yes)
امحاری (Amharic) ماندارین (Mandarin) دیگر (Other) _____: نخیر (No)

اعضای خانواده (Household Members)

معلومات ذیل را برای سایر افراد فامیل خود، به غیر از خودتان، ارائه دهید. (Provide the following information for all other people in your household, not including yourself).

اسم (First Name)	تخلص (Last Name)	* تاریخ تولد یا سن (Date of Birth or Age)	جنسیت (Gender)	قوم (Ethnicity)

*ملاحظات رژیم (Dietary Considerations)

شکر کم/ کاربوهایدریت کم ("دیابت مناسب") [Low-sugar / Low-carb ("diabetes-friendly")] رژیم غذایی نرم / نگرانی های مربوط به دندان (Soft diet / dental concerns)
بدون گلوتن (Gluten-free) حلال (Halal)
گیاه خوار (Vegetarian) وگان (Vegan)
حساسیت غذایی (Food allergen): _____ محدود / بدون تجهیزات پخت و پز (Limited / no cooking equipment)
چربی کم سدیم / کم اشباع شده ("قلب سالم") [Low-sodium / low-saturated fat ("heart healthy")] دیگر (Other): _____
کوشر (Kosher) هیچ نوع محدودیت (No restrictions)
نمیدانم / ترجیح میدهم جواب ندهم (Don't know / prefer not to answer)

خدمت عسکری (Military Status)

آیا در خانواده شما بشمول شما کسی منحیت کارمند نظامی فعال در نیروهای اردوی آمریکا خدمت کرده است؟ خدمات فعال شامل خدمت در نیروهای اردوی آمریکا و همچنین فعالیت در نیروهای ذخیره یا گارد ملی می شود

(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).

بلی، خدمت فعال در گذشته نه حالا (Yes, on active duty in the past, but not now) نخیر، هرگز منحیت خدمت فعال عسکری کار نکردیم به استثنای آموزش ابتدایی/اساسی (No, never on active duty except for initial/basic training)
بلی، خدمت فعال در حال حاضر (Yes, now on active duty) نمیدانم / ترجیح میدهم جواب ندهم (Don't know / Prefer not to answer)
نخیر، هرگز خدمت عسکری در نیروی های اردوی آمریکا انجام ندادم (No, never served in the U.S. Armed Forces)