



**Service
Insights
DC TEFAP**

À L'USAGE EXCLUSIF DU PERSONNEL (FOR STAFF USE ONLY) :

Code-barres # (Barcode #) : _____

Formulaire d'admission Service Insights – Veuillez écrire lisiblement en caractères d'imprimerie (Service Insights Intake Form – Please Print Clearly)

*Les champs **surlignés** sont obligatoires (Highlighted fields are required)

***Date (Date):** _____

*Prénom (First Name): _____		*Nom de famille (Last Name): _____	
*Adresse (Address): _____		*Ville (City): _____	*État (State): _____
*Arrondissement (Ward): _____		<input type="checkbox"/> Aucune adresse fixe (No Fixed Address)	
*Nombre total de personnes dans le foyer (Total Number of People in Household): _____			
*Quelqu'un de votre foyer bénéficie-t-il actuellement du programme SNAP, également intitulé « bons d'alimentation » ? (Is anyone in your household currently receiving SNAP, also known as food stamps?) <i>Les foyers qui bénéficient du SNAP sont éligibles au TEFAP (Households that receive SNAP are eligible for TEFAP).</i>		<input type="checkbox"/> Oui (Yes) <input type="checkbox"/> Non (No) <input type="checkbox"/> Ne sait pas / préfère ne pas répondre (Don't know / prefer not to answer)	
Autres programmes gouvernementaux (sélectionnez tous ceux qui s'appliquent) [Other Government Programs (select all that apply)] : <i>Les foyers qui bénéficient du TANF sont éligibles au TEFAP (Households that receive TANF are eligible for TEFAP).</i> <i>Les foyers d'une personne qui bénéficient de Medicaid sont éligibles au TEFAP (Households of one person who receive Medicaid are eligible for TEFAP).</i>		<input type="checkbox"/> Programme d'aide à l'énergie domestique pour les personnes à faible revenu (LIHEAP) [Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)] <input type="checkbox"/> Chômage (Unemployment) <input type="checkbox"/> Aides au logement (Housing subsidies) <input type="checkbox"/> Aide aux anciens combattants (Veteran's Assistance) <input type="checkbox"/> Programme alimentaire complémentaire de produits de bas (CSFP) [Commodity Supplemental Food Program (CSFP)] <input type="checkbox"/> Programme d'assurance maladie pour enfants (CHIP) [Children's Health Insurance Program (CHIP)] <input type="checkbox"/> Repas scolaires gratuits/à prix réduit (Free/reduced price school meals) <input type="checkbox"/> Assurance invalidité de la sécurité sociale (SSDI) ou paiements d'invalidité (Social Security Disability Insurance (SSDI) or disability payments) <input type="checkbox"/> Aucun (None)	
<input type="checkbox"/> TANF ou aide financière (TANF or cash assistance) <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Assurance complémentaire de sécurité (SSI) [Supplemental Security Income (SSI)] <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Femmes, nourrissons et enfants [Women, Infants, and Children (WIC)] [Women, Infants, and Children (WIC)] <input type="checkbox"/> Sécurité sociale (Social Security) <input type="checkbox"/> Indemnisation des accidents du travail (Worker's Compensation) <input type="checkbox"/> Crédit d'impôt sur le revenu gagné (EITC) ou autres crédits d'impôt remboursables [Earned Income Tax Credit (EITC) or other refundable tax credit]			
*Revenus du foyer (Household Income) : _____ \$ par semaine (per week) OU (OR) _____ \$ par mois (per month) OU (OR) _____ \$ par an (per year)			
Procurator : Y a-t-il quelqu'un d'autre qui pourrait aller chercher de la nourriture pour vous ? (Proxy: Is there someone else who may pick up food for you?) Nom (Name) : _____ Numéro de téléphone (Phone Number) : _____			
<p>Conformément à la loi fédérale sur les droits civils et aux règlements et politiques du ministère américain de l'agriculture (USDA) en matière de droits civils, cette institution s'interdit toute discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, le sexe (notamment l'identité de genre et l'orientation sexuelle), le handicap, l'âge, les représentations ou les mesures de rétorsion pour des activités antérieures liées aux droits civils. Les informations sur les programmes peuvent être disponibles dans d'autres langues que le français. Les personnes handicapées qui ont besoin d'autres moyens de communication pour obtenir des informations sur le programme (par exemple, le braille, des gros caractères, des bandes sonores, la langue des signes américaine) doivent contacter l'agence locale ou d'État responsable qui administre le programme ou le centre TARGET de l'USDA au (202) 720-2600 (voix et TTY) ou contacter l'USDA par l'intermédiaire du Federal Relay Service au (800) 877-8339. Afin de déposer une plainte pour discrimination, le plaignant doit remplir le formulaire AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form, qui peut être obtenu en ligne à l'adresse suivante : https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20PComplaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf, auprès de n'importe quel bureau de l'USDA, en appelant le (866) 632-9992, ou en écrivant une lettre adressée à l'USDA. La lettre doit indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du plaignant, ainsi qu'une description écrite de l'acte discriminatoire présumé, suffisamment détaillée pour informer le secrétaire adjoint aux droits civils (ASCR) de la nature et de la date d'une violation présumée des droits civils. Le formulaire AD-3027 rempli ou la lettre doit être soumis à l'USDA avant le (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, audiotape, 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. Courrier (Mail) : U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; 2. Fax : (833) 256-1665 ou (202) 690-7442; ou (Fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or) 3. E-mail : Program.Intake@usda.gov .			
Cette institution applique le principe de l'égalité des chances (This institution is an equal opportunity provider).			

Les questions suivantes sont facultatives et n'auront aucune incidence sur votre service TEFAP.

Toute information que vous choisissez de fournir ne sera utilisée que pour améliorer nos services à la communauté.

(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.)

***Les champs mis en évidence nous aideront le plus à mieux vous servir ! (Highlighted fields will help us the most to serve you better!)**

Adresse e-mail (Email Address) : _____

***Numéro de téléphone (Phone Number) :** _____

OK pour un contact par e-mail (OK to contact via email)

OK pour un contact par téléphone
(OK to contact via phone)

Pas de téléphone (No phone)

Méthode de communication préférée (Preferred method of communication) : Texte (Text) Appel (Call) E-mail (Email)

***Date de naissance (Date of Birth) :** ____ / ____ / ____ (MM/JJ/AAAA) [(MM/DD/YYYY)] ou **Âge (or Age) :** _____

***Genre (Gender) :**

Homme (Male)

Femme (Female)

Transgenre (Transgender)

Femme trans (Trans Female / Trans Woman)

Homme trans (Trans Male / Trans Man)

Non-binaire (Non-binary)

Non-conformité de genre (Gender non-conforming)

Aucun de ces éléments (None of these)

Ne sait pas / Préfère ne pas répondre
(Don't know / Prefer not to answer)

***Race / Ethnicité (choisissez toutes les réponses qui s'appliquent) [Race / Ethnicity (choose all that apply)] :**

Blanche (White)

Asiatique (Asian)

Hawaïen natif ou autre Insulaire du Pacifique (Native Hawaiian or Other Pacific Islander)

Hispanique, latino ou espagnole (Hispanic, Latino, or Spanish)

Indienne Américaine ou Autochtone d'Alaska (American Indian or Alaska Native)

Noire ou Afro-américaine (Black or African American)

Moyen-orient ou Nord-africaine (Middle Eastern or North African)

Autre race ou ethnité (Some other race or ethnicity)

Ne sait pas / Préfère ne pas répondre (Don't know / Prefer not to answer)

Langue(s) préférée(s) [Preferred Language(s)] :

Anglais (English)

Français (French)

Vietnamien (Vietnamese)

Avez-vous besoin de services de traduction ?

Espagnol (Spanish)

Coréen (Korean)

Arabe (Arabic)

(Do you need translation services?)

Amharique (Amharic)

Mandarin (Mandarin)

Autre (Other) : _____

Oui (Yes)

Non (No)

Membres du foyer (Household Members) :

Fournissez les informations suivantes concernant toutes les autres personnes de votre foyer, **sans vous inclure** (Provide the following information for all other people in your household, **not including yourself**).

Prénom (First Name)	Nom de famille (Last Name)	* Date de naissance ou âge (Date of Birth or Age)	Genre (Gender)	Ethnicité (Ethnicity)

*** Considérations diététiques (Dietary Considerations) :**

Faible teneur en sucres / faible teneur en glucides (« adapté au diabète ») [Low-sugar / Low-carb ("diabetes-friendly")]

Sans gluten (Gluten-free)

Végétarien (Vegetarian)

Allergène alimentaire (Food allergen) : _____

Faible teneur en sodium / faible teneur en graisses saturées (« bon pour le cœur ») [Low-sodium / low-saturated fat ("heart healthy")]

Casher (Kosher)

Régime alimentaire mou / préoccupations dentaires (Soft diet / dental concerns)

Halal (Halal)

Vegan

Équipement de cuisine limité ou inexistant (Limited / no cooking equipment)

Autre (Other) : _____

Aucune restriction (No restrictions)

Ne sait pas / préfère ne pas répondre (Don't know / prefer not to answer)

Statut militaire (Military Status) :

Est-ce que quelqu'un dans votre foyer, y compris vous-même, a servi en service actif au sein des forces armées américaines ? Un service actif inclut le service au sein des forces armées américaines ainsi que l'activation à partir de la réserve ou de la garde nationale (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).

Oui, en service actif par le passé, mais pas maintenant (Yes, on active duty in the past, but not now)

Oui, actuellement en service actif (Yes, now on active duty)

Non, jamais en service actif sauf pour la formation initiale/de base (No, never on active duty except for initial/basic training)

Ne sait pas / préfère ne pas répondre (Don't know / Prefer not to answer)

Non, je n'ai jamais servi au sein des forces armées américaines (No, never served in the U.S. Armed Forces)