

(Service) (Insights)

(FOR STAFF US	ONLY):	
# (Barcode #): _		

DC TEFAP

서비스 인사이트 접수 양식- 정확하게 정자로 기입하십시오 (Service Insights Intake Form – Please Print Clearly)

<mark>*강조표시된</mark> 필드는 필수 입력 필드입니다 (<mark>Highlighted</mark> fields are	required)	* <mark>날짜</mark> (Date	<mark>):</mark>		
<mark>*이름 (First Name)</mark> :					
*주소 (Address) : ***	도시 (City):		<mark>*주</mark> (State)∶		* <mark>우편번호</mark> (ZIP):
<mark>*구 (Ward)</mark> :		□ 고정된	주소 없음 (No Fix	ed Address	3)
*가구내 총 인원수 (Total Number of People in Household)					
* <mark>가족 중에 푸드 스탬프로도</mark> 알려진 SNAP 혜택을 받고 있는 분	<mark>이 있습니까</mark> ?	□ 예 (Yes)	□ 아니	요 (No)
(Is anyone in your household currently receiving SNAP, also known as stamps?)		□ 모르겠다	다/ 답변하고 싶지	않다 (Do	n't know / prefer not to
stamps?) SNAP 를 수령하는 가구는 TEFAP 자격이 있습니다 (Househo	lds that receive	answer)			
SNAP are eligible for TEFAP). 다른 정부 프로그램 (해당 사항 모두를 선택하시오) [Other Gover	rnment Programs				
(select all that apply)]. TANF를 수령하는 가구는 TEFAP 자격이 있습니다 (Households	s that receive			•	IEAP) [Low Income
TANF are eligible for TEFAP). Medicaid 혜택을 받는 1인 가구는 TEFAP 자격이 있습니다 (Hot			nergy Assistance F 여 (Unemployment	•	HEAP)]
	useholds of one		조 (Housing subsid	•	
person who receive Medicaid are eligible for TEFAP). □ TANF 혹은 현금 지원 (TANF or cash assistance)			인 지원 (Veteran's		e)
□ 메디케이드 (Medicaid)		□ 상품 보	충 식품 프로그램	(CSFP) [Commodity Supplemental
□ 보충적 소득 보장 (SSI) [Supplemental Security Income (SSI) □ 메디케어 (Medicare))]		ogram (CSFP)]	(0.00)	
│ □ 메니케어 (Medicare) │ □ 여성/신생아/어린이 (WIC) [Women, Infants, and Children (W	VIC)]		강 보험 프로그램 e Program (CHIP)]	, , -	Children's Health
□ 사회보장 (Social Security)			· ,.		price school meals)
□ 산재보험 (Worker's Compensation)		□ 사회보	당 장애보험 (SSE)I) 이나 징	: 아 급여 (Social Security
□ 세액공제 (EITC) 혹은 다른 환불 가능한 세액 공제 (Earne	ed Income Tax		Insurance (SSDI)	or disabilit	y payments)
Credit (EITC) or other refundable tax credit)		□ 없음 (N	one)		
*가계 소득 (Household Income) .					
\$ 매주 (per week) 혹은 (OR) \$	매월 (p	per month)	혹은 (OR)	\$	매년 (per year)
대리인: 귀하를 대신해 식품을 가져갈 분이 계십니까? (Proxy: Is	there someone else	who may pi	ck up food for you?)	
이름 (Name):	전화번호((Phone Numl	oer):		
연방 민권법 및 미국 농무부 (USDA) 민권 규정 및 정책에 따라 본 기관는 및 성적 취향 포함), 장애, 연령, 이전 민권 활동에 대한 보복을 근거로 차	은 인종, 피부색, 출신	<u>.</u> 국가, 성별	성 정체성 및 인종,	피부색, 출	신 국가, 성별 (성 정체성
및 성적 쉬양 포암), 상애, 언덩, 이전 민권 활동에 내안 모목을 근거로 시 로그램 정보를 얻기 위해 대체 의사소통 수단 (예: 점자, 큰 활자체, 오디	사멸을 알 수 없습니니 오 테이프, 미국 수호	r. 프로그댐 <i>'</i> 화) 이 필요한	3모는 영어가 아닌 장애인은 프로그램	나는 언어! 을 관리하는	로 제공될 수 있습니다. 프 = 담당 주 또는 지역 기관
이나 USDA의 TARGET 센터 (202) 720- 2600 (음성 및 TTY) 으로 연락 불만을 제기하려면, 불만 제기자는 양식 (Form AD-3027, USDA Progra	하거나 연방 중계 서	비스 (800) 8	77-8339를 통해 US	DA에 문의	하십시오. 프로그램 차별
https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20	DPComplaint-Form-0	0508-0002-50)8-11-28-17Fax2M	<u>ail.pdf</u> 에서	온라인으로, 모든USDA
│ 사무실에서 직접, (866) 632-9992으로 연락해서, 또는 USDA에 편지를 │ 침해 혐의의 성격과 날짜를 민권 차관보(ASCR)에게 알릴 수 있을 만큼					
3027 양식 또는 서한은 다음 방법으로 USDA에 제출해야 합니다:					
(In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (U basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orie					
be made available in languages other than English. Persons with disabilities who audiotape, American Sign Language), should contact the responsible state or log	require alternative me	ans of commu	nication to obtain prog	gram informa	ation (e.g., Braille, large print,
TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. To Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: https://	file a program discrimir	nation complai	nt, a Complainant sho	uld complete	e a Form AD-3027, USDA
11-28-17Fax2Mail.pdf, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by w					

1. 우편 (Mail): U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410;

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:)

- 2. 팩스: (833) 256-1665 혹은 (202) 690-7442, 혹은 [Fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or]
- 3. 이메일 (Email): Program.Intake@usda.gov.

본 기관은 평등 기	l회 제공기	[관인니다 (T	his institution is	an egual d	opportunity	provider).
	171 711 0 7	1 1 1 1 1 1 1 1	ino montation io	ari cyuar i	opporturity	provider).

다음 질문은 선택 사항이며 귀하의 TEFAP 서비스 에 영향을 주지 않습니다.

귀하가 제공하기로 선택한 모든 정보는 커뮤니티에 대한 본 기관의 서비스를 개선하는 데에만 사용됩니다. (The following questions are optional and will not impact your TEFAP service.					
•	nformation you choose to provi 필드는 서비스 개선에 가장	•	•		
이메일 주소 (Email Addres	ss):	* <mark>전화번호</mark> (Ph	one Number) :		
□ 이메일로 연락해도 편	괜찮다 (OK to contact via email)	□ 전화로 연	락해도 괜찮다 (O	K to contact via phone)	□ 전화 없음 (No phone)
선호하는 연락 방법	(Preferred method of communication	on):	문자 (Text) □	전화 (Call)	□ 이메일 (Email)
*생년월일 혹은 나이 (Da	te of Birth)://	(년도/월/일	!) [(MM/DD/YYYY)] 혹은 <mark>나이 (</mark> or <mark>Age)</mark> : _	
* <mark>젠더</mark> (Gender) :	чн	<i>(</i> -)		니지하기 (~	
□ 남성 (Male)		(Female)		□ 성전환자 (Transgen	
	s Female/Trans Woman) 및 성전				- 남성도 아님) (Non-binary)
□ 젠더 비순응 (Gender no	on-conforming) □ 이 중	· 어느 것도 아니다 (N	lone of these)	□ 모르겠나/ 납변하고 Prefer not to answer)	. 싶지 않다 (Don't know/
*인종/민족(해당 사항 모-	두를 선택하시오) [Race / Ethnicit	v (choose all that apply)1 :	Prefer not to answer)	
□ 백인 (White)	/ L	y (onocco an mar appry		나 미국 흑인 (Black or /	African American)
□ 아시아인 (Asian)					ddle Eastern or North African)
, , , ,	른 태평양 섬사람 (Native Hawaiia	an or Other Pacific Isla	11	이의 국어그리기만 (Mi L종이나 민족 (Some oth	•
	은 스페인계 (Hispanic, Latino, or Sp		. 미 네는 [• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •
□ 미국 원주민이나 알래	스카 원주민 (American Indian or A	Alaska Native)	□ エニズ answer		(Don't know / Prefer not to
통신을 원하는 언어 [Prefe	erred Language(s)]:		answer)	
		달남어 (Vietnamese)	통역 서비스가	· 필요하십십니까? (Do	you need translation services?)
□ 스페인어 (Spanish)	□ 한국어 (Korean) □ 아립	어 (Arabic)	□ 예()	Yes)	
□ 암하라어 (Amharic)	□ 중국어 (Mandarin) □ 기티	(Other):	□ 아니	요 (No)	
		<u>가구_구성원들 (Hous</u>	sehold Members):		
	가구 구성원 중 본인을				
이름 (First Name)	(Provide the following inform				
이금 (Filst Name)	성 (Last Name)	* <mark>생년월일</mark> (Date	or Birth or Age)	젠더 (Gender)	민족 (Ethnicity)
* 식단 정보 (Dietary Consi	-				(Soft diet/dental concerns)
□ 저당/저탄수화물 ("당Ь	됴에 좋은 음식") [Low-sugar/Low-	carb ("diabetes-friendly			
□ 무글루텐 (Gluten-free)			□ 비건 (Vegai	•	
□ 채식주의 (Vegetarian)					mited/no cooking equipment)
□ 음식 알레르기 (Food a):	
	장에 좋은 음식") [Low-sodium/lov	v-saturated fat ("heart		없음 (No restrictions) 단변하고 싶지 않다 (Dd	on't know/prefer not to answer)
healthy")] □ 코셔 (Kosher)					
□ 고시 (Kosher) 군대 근무 여부 (Military S	tatus):				
, ,	나구성원 중에서 미군 퇴역 또는	현역 군인이 있습니?	까? 현역 군인에는	는 미군 현역 및 예비군	또는 국토방위군 복무자
가 포함됩니다 (Has ar	nyone in your household, including	yourself, served on act	ive duty in the U.S	. Armed Forces? Active of	duty
includes serving in the U	J.S. Armed Forces as well as activa	ation from the Reserves	s or National Guard	d).	

- □ 그렇다. 과거에 군에서 근무하고 지금은 아니다 (Yes, on active duty in the past, but not now)
- □ 그렇다. 현재 현역병이다 (Yes, now on active duty)

- □ 아니다. 기초/기본 훈련을 제외하고는 현역으로 근무한 적이 없다

- (No, never on active duty except for initial/basic training) □ 모르겠다/ 답변하고 싶지 않다 (Don't know / Prefer not to answer) □ 아니다. 미군에서 근무한 적이 한 번도 없다 (No, never served in the U.S. Armed Forces)