

یوازې د کارکوونکو د استفادې لپاره (FOR STAFF USE ONLY)

خدمات (Service)

بصیرتونه (Insights)

DC TEFAP



بار کود # (Barcode #): _____

د خدماتو په اړه د بصیرت ترلاسه کولو فورمه - مهربانيو کړئ په روښانه توګه درج کړئ (Service Insights Intake Form – Please Print Clearly)

نېټه (Date): _____

*روښانه شوي برخې اړینې دي (Highlighted fields are required)

* نوم (First Name): _____		* تخلص (Last Name): _____	
* ادرس (Address): _____		* ښار (City): _____	* ایالت (State): _____
* کلمه (Ward): _____		* شمېره دقیق ادرس (No Fixed Address) <input type="checkbox"/>	

* د کورنۍ د ټولو غړو شمېر (Total Number of People in Household): _____

* آیا په کورنۍ کې مو دمګړی داسې کوم څوک شته چې SNAP چې د خوراکي مرستو په نامه هم یادېږي، ترلاسه کوي؟ (Is anyone in your household currently receiving SNAP, also known as food stamps?)

هو (Yes) نه (No) نه پوهېږم/نه غواړم ځواب ورکړم (Don't know / prefer not to answer)

هغه کورنۍ چې SNAP ترلاسه کوي د TEFAP لپاره په شرایطو برابرې دي (Households that receive SNAP are eligible for TEFAP)

نور حکومتی پروګرامونه (ټول هغه موارد چې د تطبیق وړ دي، انتخاب کړئ) [Other Government Programs (select all that apply)]:

هغه کورنۍ چې TANF ترلاسه کوي د TEFAP لپاره په شرایطو برابرې دي (Households that receive TANF are eligible for TEFAP)

د یوه کس د کورنۍ غړي چې Medicaid ترلاسه کوي، د TEFAP مستحق دي. (Households of one person who receive Medicaid are eligible for TEFAP)

TANF یا نغدې مرسته (TANF or cash assistance)

Medicaid

د اضافي امنیت عواید (SSI) [Supplemental Security Income (SSI)]

Medicare

بنځي، نوي زېږېدلي ماشومان او لوی ماشومان [Women, Infants, and Children (WIC)]

ټولنیز امنیت (Social Security)

کارکوونکو سره د غرامت په برخه کې مرسته (Worker's Compensation)

په عائداتو باندې د مالیاتو اعتبار (EITC) یا نور بیا تادیه کېدونکي اعتبارات (Earned Income Tax Credit (EITC) or other refundable tax credit)

* کورنۍ عواید (Household Income): _____

په اونۍ کې (per week) \$ _____ یا (OR) په میاشت کې (per month) \$ _____ یا (OR) په کال کې (per year) \$ _____

نماینده/وکالت: آیا داسې کوم څوک شته چې تاسو لپاره خواړه چمتو کړئ؟ (Proxy: Is there someone else who may pick up food for you?) _____

نوم (Name): _____ د تلفون شمېره (Phone Number): _____

د فدرال د مدني حقونو د قانون په اساس او همدارنګه د متحده ایالاتو د کرنې وزارت (USDA) د مدني حقونو د مقرراتو او پالیسیو په اساس، دغه انستیتیوت د توکم، نژاد، ملیت، جنسیت (په شمول د جنسیتي هویت او جنسی تمایل)، معلولیت، عمر، یا د مدني حقونو د فعالیت لپاره له انتقام یا متقابل عمل په اساس له هر ډول تبعیض څخه منع دی. د پروګرام په اړه معلومات کېدو شي له انګلیسي ژبې سر بېره په بله ژبه کې هم چمتو کړل شي. هغه معلولیت لرونکي کسان چې د پروګرام په اړه د معلوماتو د ترلاسه کولو لپاره د ارتباطاتو بدیلو ذریعو ته اړتیا لري (لکه بریلې خط، لوی چاپي خط، غریزي پښتې، د امریکایي نښو ژبه)، باید له مسنول ایالت یا هغې محلي اېجنسی سره چې د پروګرام د مدیریت چارې مخ ته وړي یا د USDA له TARGET مرکز سره په (202) 720-2600 شمېره (غږ او TTY) اړیکه ونیسي یا د فدرال د ریلې خدماتو له لارې له USDA سره په (800) 877-8339 شمېره اړیکه ونیسي. د پروګرام اړوند د تبعیض په هکله د شکایت د ثبتولو لپاره، شکایت کوونکی باید AD-3027 فورمه، د USDA پروګرام د تبعیض د شکایت فورمه بڼه کې چې کولای شي له لاندې لینک څخه یې ترلاسه کړي: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20PComplaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>، همدارنګه کولای شي د USDA له هر دفتر څخه یې (866) 632-9992 شمېرې ته په زنگ و هلو سره یا د USDA په پته د لیک له لارې ترلاسه کړي. په لیک کې باید د شکایت کوونکي نوم، پته، د تلفون شمېره، او د ادعا شوي تبعیض لیکلی تفصیل له کافي توضیح سره ولیکل شي ترڅو د بشري حقونو لپاره مرستیال سکرتر (ASCR) ته د بشري حق د ادعا شوي سرغړونې د ماهیت او نېټې په اړه خبر ورکړل شي. بڼه شوي AD-3027 فورمه یا لیک باید په لاندې پته USDA ته وسپارل شي:

(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):

1. پست (Mail): U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410
2. فکس: (833) 256-1665 یا (202) 690-7442، یا (833) 256-1665 or (202) 690-7442
3. ایمیل (Email): Program.Intake@usda.gov

دغه انستیتیوت د مساوي فرصتونو چمتو کونکی دی (This institution is an equal opportunity provider)

دغه پوښتنې انتخابي دي او ستاسو د TEFAP په خدماتو به هېڅ اغېز ونه لري.

هر ډول معلومات چې تاسو غواړئ چمتو يې کړئ، يوازې د ټولني لپاره زموږ د خدماتو د بهبود په موخه به کارول کېږي.

(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.)

*هالايت شو برخي تاسو د خدمت کولو لپاره له موږ سره تر ټولو ډېره مرسته کوي! (Highlighted fields will help us the most to serve you better)

ايمېل آدرس (Email Address): _____ د ايمېل له لارې د اړيکې نيولو تائيد (OK to contact via email)
*د تلفون شمېره (Phone Number): _____ د تلفون له لارې د اړيکې نيولو تائيد (OK to contact via phone)
(No phone) د تلفون له لارې نه (OK to contact via phone)

د ارتباطاتو ترجېحي مېتود (Preferred method of communication): پيغام (Text) تلفوني اړيکه (Call) ايمېل (Email)

*د زېږون نېټه (Date of Birth): ____ / ____ / ____ (مياشت/ورځ/کال) [(MM/DD/YYYY)] يا عمر (Age) (or Age)

*جنسيت (Gender): نارينه (Male) ښځينه (Female) نر ښځي (Transgender)
 مونس نر ښځي/ښځينه نر ښځي (Trans Female / Trans Woman) مذکر نر ښځي/نارينه نر ښځي (Trans Male / Trans Man) بې دوه جنسيته (Non-binary)
 مجهول الهويته جنسيت (Gender non-conforming) هېڅ يو له دي (None of these) نه پوهېږم/نه غواړم ځواب ورکړم (Don't know / Prefer not to answer)

*نژاد/توکم (ټول هغه موارد چې د تطبيق وړ دي غوره کړئ) (Race / Ethnicity (choose all that apply))

سپين پوستي (White) تور پوستي يا افريقايي الاصله امريکايي (Black or African American)
 آسيابي (Asian) د منځني ختيځ اوسېدونکي يا د شمالي افريقا اوسېدونکي (Middle Eastern or North African)
 د هاوايي اصلي اوسېدونکي يا د آرام سمندر د پاوگانو اوسېدونکي (Native Hawaiian or Other Pacific Islander)
 اسپانوي، د لاتيني امريکا يا اسپانيا اوسېدونکي (Hispanic, Latino, or Spanish) ځيني نور نژادونه او توکمونې (Some other race or ethnicity)
 امريکايي هندو يا د الاسکاک اصلي اوسېدونکي (American Indian or Alaska Native) نه پوهېږم/نه غواړم ځواب ورکړم (Don't know / Prefer not to answer)

ترجېحي ژبه (ژبې) (Preferred Language(s)):

انگليسي (English) فرانسوي (French) ویتنامي (Vietnamese) عربي (Arabic)
 اسپانوي (Spanish) کوريائي (Korean) نور موارد (Other): _____ نه هو (Yes) نه (No)
(Do you need translation services?) آيا د ژباړې خدماتو ته اړتيا لري؟

د کورنۍ غړي (Household Members):

د خپل خان په استثنی، د خپلي کورنۍ د ټولو غړو لپاره لاندې معلومات چمتو کړئ

(Provide the following information for all other people in your household, not including yourself.)

نوم (First Name)	تخلص (Last Name)	*د زېږون نېټه يا عمر (Date of Birth or Age)	جنس (Gender)	نژاد (Ethnicity)

*غذايي ملاحظات (Dietary Considerations):

د لږ قندياتو لرونکي خواړه/د ټيټې کچې کاربوهايډرېټ لرونې خواړه ("د مناسبې کچې شکر") (Low-sugar / Low-carb ("diabetes-friendly"))
 له کلانتينو خالي (Gluten-free)
 گياه خورونکي (Vegetarian)
 د خوړو سره حساس (Food allergen): _____
 د ټيټې کچې سوډيم/د ټيټې کچې اشباع شوي شهميات ("د زړه لپاره صحي") (Low-sodium / low-saturated fat ("heart healthy"))
 حلال (Kosher)
 مناسب پرهېز/د غاښونو په اړه اندېښنې (Soft diet / dental concerns)
 حلال (Halal)
 هغه شخص چې له حيواني محصولاتو/لبنياتو استفاده نه کوي (Vegan)
 محدود/د پخلي له تجهيزاتو پرته (Limited / no cooking equipment)
 نور موارد (Other): _____
 له محدوديت پرته (No restrictions)
 نه پوهېږم/نه غواړم ځواب ورکړم (Don't know / prefer not to answer)

نظامي حالت يا په پوځ کې د خدمت حالت (Military Status):

آيا ستاسو په کورنۍ کې کوم کس لکه تاسو خپله يا کوم بل شخص د امريکا متحده ايالاتو په په وسلوالو ځواکونو کې فعاله دنده لري؟ په فعاله دنده کې د امريکا متحده ايالاتو په وسلوال پوځ کې دنده او همدارنگه په منتظره ځواک يا ملي گارد کې فعاله دنده شاملېدلې شي. (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.)
 هو، په تېره کې د فعالې دنده په اړه، خو اوسنۍ دنده نه (Yes, on active duty in the past, but not now)
 هو، د اوسنۍ فعالې دنده په اړه (Yes, now on active duty)
 نه، هېڅکله له اساسي/پنځيادي روزنې پرته د فعالې دندې په اړه (No, never on active duty except for initial/basic training)
 نه پوهېږم/نه غواړم ځواب ورکړم (Don't know / Prefer not to answer)
 نه، هېڅکله مې د امريکا متحده ايالاتو په وسلوال پوځ کې دنده نه ده ترسره کړې (No, never served in the U.S. Armed Forces)