



Serviço (Service)

Insights

DC TEFAP

APENAS PARA USO PELA EQUIPE (FOR STAFF USE ONLY):

Código de barras # (Barcode #): _____

Formulário de recebimento de insights de serviço - imprima com clareza (Service Insights Intake Form – Please Print Clearly)

*Os campos destacados são obrigatórios (Highlighted fields are required)

*Data (Date): _____

*Primeiro nome (First Name): _____		*Sobrenome (Last Name): _____	
*Endereço (Address): _____	*Cidade (City): _____	*Estado (State): _____	*CEP (ZIP): _____
*Enfermaria (Ward): _____		<input type="checkbox"/> Sem endereço fixo (No Fixed Address)	

*Número total de pessoas que moram no domicílio (Total Number of People in Household): _____

*Alguém em sua casa recebe atualmente o SNAP, também chamado de vale-refeição? (Is anyone in your household currently receiving SNAP, also known as food stamps?) <i>Famílias que recebem SNAP são elegíveis para receber o TEFAP (Households that receive SNAP are eligible for TEFAP).</i>	<input type="checkbox"/> Sim (Yes)	<input type="checkbox"/> Não (No)
	<input type="checkbox"/> Não sabe/prefero não responder (Don't know / prefer not to answer)	

Outros programas governamentais (selecione todos os que se aplicam) [Other Government Programs (select all that apply)]: <i>Famílias que recebem TANF são elegíveis para TEFAP (Households that receive TANF are eligible for TEFAP).</i> <i>Famílias de uma pessoa que recebem Medicaid são elegíveis para o TEFAP (Households of one person who receive Medicaid are eligible for TEFAP).</i>	<input type="checkbox"/> Programa de assistência à energia residencial de baixa renda (LIHEAP) [Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)]
<input type="checkbox"/> TANF ou assistência em dinheiro (TANF or cash assistance)	<input type="checkbox"/> Desemprego (Unemployment)
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Subsídios habitacionais (Housing subsidies)
<input type="checkbox"/> Renda de segurança suplementar (SSI) [Supplemental Security Income (SSI)]	<input type="checkbox"/> Assistência ao veterano (Veteran's Assistance)
<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Programa de alimentos suplementares de commodities (CSFP) [Commodity Supplemental Food Program (CSFP)]
<input type="checkbox"/> Mulheres, bebês e crianças (WIC) [Women, Infants, and Children (WIC)]	<input type="checkbox"/> Programa de seguro de saúde infantil (CHIP) [Children's Health Insurance Program (CHIP)]
<input type="checkbox"/> Seguridade social (Social Security)	<input type="checkbox"/> Refeições escolares gratuitas/a preço reduzido (Free/reduced price school meals)
<input type="checkbox"/> Compensação do trabalhador (Worker's Compensation)	<input type="checkbox"/> Seguro de invalidez da seguridade social (SSDI) ou pagamentos por invalidez (Social Security Disability Insurance (SSDI) or disability payments)
<input type="checkbox"/> Crédito de imposto de renda ganho (EITC) ou outros créditos fiscais reembolsáveis (Earned Income Tax Credit (EITC) or other refundable tax credit)	<input type="checkbox"/> Nenhum (None)

*Renda familiar (Household Income):
\$ _____ por semana (per week) OU (OR) \$ _____ por mês (per month) OU (OR) \$ _____ por ano (per year)

Representante: Há mais alguém que possa pegar comida para você? (Proxy: Is there someone else who may pick up food for you?)
Nome (Name): _____ Número de telefone (Phone Number): _____

De acordo com a lei federal de direitos civis e os regulamentos e políticas de direitos civis do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA), esta instituição está proibida de discriminar com base em raça, cor, origem nacional, sexo (incluindo identidade de gênero e orientação sexual), deficiência, idade, ou represália ou retaliação por atividades anteriores de direitos civis. As informações do programa podem ser disponibilizadas em outros idiomas além do inglês. Pessoas com deficiência que necessitam de meios alternativos de comunicação para obter informações sobre o programa (por exemplo, Braille, letras grandes, fita de áudio, linguagem de sinais americana) devem entrar em contato com a agência estadual ou local responsável que administra o programa ou com o TARGET Center do USDA em (202) 720- 2600 (voz e TTY) ou entre em contato com o USDA através do Federal Relay Service pelo telefone (800) 877-8339. Para registrar uma reclamação de discriminação no programa, o reclamante deve preencher o Formulário AD-3027, Formulário de reclamação de discriminação no programa do USDA, que pode ser obtido on-line em: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20PComplaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, de qualquer escritório do USDA, ligando para (866) 632-9992 ou escrevendo uma carta endereçada ao USDA. A carta deve conter o nome, endereço, número de telefone do reclamante e uma descrição escrita da alegada ação discriminatória com detalhes suficientes para informar o Secretário Adjunto para os Direitos Civis (ASCR) sobre a natureza e a data de uma alegada violação dos direitos civis. O formulário AD-3027 preenchido ou carta deve ser enviado ao USDA por: (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):

1. Correio (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.

Esta instituição é um fornecedor de oportunidades iguais (This institution is an equal opportunity provider).

