



Оценка (Service)
услуг (Insights)
DC TEFAP

ТОЛЬКО ДЛЯ ПЕРСОНАЛА (FOR STAFF USE ONLY):

Штрих-код № (Barcode #):

Форма оценки качества услуг – Пишите разборчиво (Service Insights Intake Form – Please Print Clearly)

*Выделенные поля обязательны для заполнения (Highlighted fields are required) *Дата (Date): _____

*Имя (First Name): _____ *Фамилия (Last Name): _____
 *Адрес (Address): _____ *Город (City): _____ *Штат (State): _____ *Почтовый индекс (ZIP): _____
 *Административный район (Ward): _____ Нет постоянного адреса (No Fixed Address)

*Общее количество лиц в домохозяйстве (Total Number of People in Household) : _____

*В вашем домохозяйстве на данный момент кто-то участвует в Программе дополнительной продовольственной помощи (SNAP), получая продуктовые карточки? (Is anyone in your household currently receiving SNAP, also known as food stamps?)
 Домохозяйства, получающие временную продовольственную помощь по программе SNAP, могут принимать участие в программе TEFAP (Households that receive SNAP are eligible for TEFAP).
 Да (Yes) Нет (No)
 Не знаю / Не хочу отвечать (Don't know / prefer not to answer)

Другие государственные программы (выберите все подходящие варианты) [Other Government Programs (select all that apply)]:
 Домохозяйства, получающие временную помощь малообеспеченным семьям (TANF), могут принимать участие в программе TEFAP (Households that receive TANF are eligible for TEFAP).
 Домохозяйства, состоящие из одного человека, получающие помощь по программе здравоохранения Medicaid, могут принимать участие в программе TEFAP (Households of one person who receive Medicaid are eligible for TEFAP).
 Временная помощь малообеспеченным семьям (TANF) или денежная помощь (TANF or cash assistance)
 Медикейд (Medicaid)
 Дополнительный гарантированный доход (SSI) [Supplemental Security Income (SSI)]
 Медикэр (Medicare)
 Программа помощи женщинам, младенцам и детям (WIC) [Women, Infants, and Children (WIC)]
 Социальное обеспечение (Social Security)
 Страхование от несчастных случаев на производстве (Worker's Compensation)
 Налоговый зачет за заработанный доход (EITC) или другие возмещаемые налоговые скидки (Earned Income Tax Credit (EITC) or other refundable tax credit)

Программа оказания помощи людям с низким доходом в оплате за энергопотребление (LIHEAP) [Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)]
 Безработица (Unemployment)
 Пособие на оплату жилья (Housing subsidies)
 Помощь бывшим военнослужащим (Veteran's Assistance)
 Дополнительная потребительская продовольственная программа (CSFP) [Commodity Supplemental Food Program (CSFP)]
 Программа медицинского страхования детей (CHIP) [Children's Health Insurance Program (CHIP)]
 Бесплатное/дешевое школьное питание (Free/reduced price school meals)
 Социальное страхование по инвалидности (SSDI) или выплаты по инвалидности (Social Security Disability Insurance (SSDI) or disability payments)
 Ничего (None)

*Доход домохозяйства (Household Income) :
 \$ _____ в неделю (per week) ИЛИ (OR) \$ _____ в месяц (per month) ИЛИ (OR) \$ _____ в год (per year)

Доверенное лицо: Кто еще может носить вам еду? (Proxy: Is there someone else who may pick up food for you?)
 Имя (Name): _____ Номер телефона (Phone Number): _____

Согласно федеральному праву в области гражданских прав, а также правилам и положениям о гражданских правах Министерства сельского хозяйства США (USDA), данная организация не имеет права проводить политику дискриминации по признаку расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, пола (в том числе гендерной принадлежности и сексуальной ориентации), нетрудоспособности, возраста, либо осуществлять ответные действия или мстить за предыдущую деятельность в области гражданских прав. Информация о программе доступна не только на английском, но и на других языках. Лицам с ограниченными физическими возможностями, которым для получения информации требуются особые средства сообщения (напр., система чтения Брайля, крупный шрифт, аудиолента, американский язык жестов), следует обратиться в ответственный местный государственный орган или государственный орган штата, руководящий программой, либо в Центр TARGET Министерства сельского хозяйства США по телефону: (202) 720-2600 (голосовая и текстовая связь), либо связаться с Министерством сельского хозяйства США через федеральную службу коммутируемых сообщений по телефону: (800) 877-8339. Чтобы подать жалобу по программе в связи с дискриминацией, лицу, подающему жалобу, следует заполнить форму AD-3027 «Форма жалобы Министерства сельского хозяйства США на дискриминацию», которую можно загрузить по ссылке: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20PCComplaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, получить в управлении Министерства сельского хозяйства США, по телефону (866) 632-9992, или написать письмо в Министерство сельского хозяйства США. В письме следует указать имя лица, подающего жалобу, его адрес и номер телефона, а также предоставить достаточно подробное письменное описание предполагаемого дискриминационного действия, на основании которого помощник секретаря по правам граждан сможет ознакомиться с характером и датой предполагаемого нарушения гражданских прав. Заполненную форму AD-3027 или письмо следует направить в Министерство сельского хозяйства США (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%20PCComplaint-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. Почтовый адрес (Mail): U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410;
2. Факс: (833) 256-1665 или (202) 690-7442, или [Fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442: or]
3. Электронное сообщение (Email): Program.Intake@usda.gov.

Данная организация обеспечивает равные возможности (This institution is an equal opportunity provider).

Следующие вопросы являются дополнительными и не влияют на предоставление вам услуг по программе TEFAP. Любая предоставленная вами информация будет использована исключительно для повышения качества обслуживания в сообществе. (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.)

*Выделенные поля позволят улучшить качество предоставляемых вам услуг! (Highlighted fields will help us the most to serve you better!)

Эл. почта (Email Address): _____ *Номер телефона (Phone Number): _____

Можно связываться по эл. почте (OK to contact via email) Можно связываться по телефону (OK to contact via phone) Нет телефона (No phone)

Предпочтительный метод связи (Preferred method of communication): Текстовое сообщение (Text) Телефонный звонок (Call) Электронное сообщение (Email)

*Дата рождения (Date of Birth): ____ / ____ / _____ (MM/ДД/ГГГГ) [(MM/DD/YYYY)] или *Возраст (or Age): _____

*Гендер (Gender):

Мужской (Male) Женский (Female) Трансгендерный (Transgender)

Транс-женский/Транс-женщина (Trans Female / Trans Woman) Транс-мужской/Транс-мужчина (Trans Male / Trans Man) Небинарный (Non-binary)

Гендерная неконформность (Gender non-conforming) Ничего из перечисленного (None of these) Не знаю / Не хочу отвечать (Don't know / Prefer not to answer)

*Расовая / этническая принадлежность (выберите все подходящие варианты) [Race / Ethnicity (choose all that apply)]:

Европеоидная (White) Негроидная или афроамериканская (Black or African American)

Азиатская (Asian) Средневоосточная или северо-африканская (Middle Eastern or North African)

Коренная гавайская или других островов Тихого океана (Native Hawaiian or Other Pacific Islander) Другая расовая или этническая принадлежность (Some other race or ethnicity)

Американоидная, латиноамериканская или испаноязычная (Hispanic, Latino, or Spanish) Не знаю / Не хочу отвечать (Don't know / Prefer not to answer)

Представитель американских индейцев или коренного населения Аляски (American Indian or Alaska Native)

Предпочитаемый(ые) язык(и) [Preferred Language(s)]:

Английский (English) Французский (French) вьетнамский (Vietnamese) Требуется ли вам услуги переводчика? (Do you need translation services?)

Испанский (Spanish) Корейский (Korean) Арабский (Arabic) Да (Yes)

Амхарский (Amharic) Мандаринский (Mandarin) Другое (Other): _____ Нет (No)

Совместно проживающие лица (Household Members):

Укажите следующую информацию обо всех лицах из вашего домохозяйства, **исключая вас** (Provide the following information for all other people in your household, **not including yourself**).

| Имя (First Name) | Фамилия (Last Name) | * Дата рождения или возраст (Date of Birth or Age) | Гендер (Gender) | Национальность (Ethnicity) |
|------------------|---------------------|--|-----------------|----------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

* Особенности диеты (Dietary Considerations):

С низким содержанием сахара / углеводов («для диабетиков») [Low-sugar / Low-carb ("diabetes-friendly")] Щадящая диета / проблемы с зубами (Soft diet / dental concerns)

Безглютеновая (Gluten-free) Халяльная (Halal)

Вегетарианская (Vegetarian) Веганская (Vegan)

Пищевые аллергены (Food allergen): _____ Ограничения / без оборудования для приготовления пищи (Limited / no cooking equipment)

Низкое содержание натрия / жиры с низким содержанием жирных кислот («здоровое сердце») [Low-sodium / low-saturated fat ("heart healthy")] Другое (Other): _____

Кошерная (Kosher) Без ограничений (No restrictions)

Не знаю / Не хочу отвечать (Don't know / prefer not to answer)

Военная служба (Military Status):

Проходил ли один из членов вашего домохозяйства, включая вас, регулярную военную службу в Вооруженных силах США? К регулярной военной службе относится служба в Вооруженных силах США, а также призыв из резервов или Национальной гвардии (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).

Да, проходил(а) регулярную военную службу в прошлом, не сейчас (Yes, on active duty in the past, but not now) Нет, никогда не проходил(а) регулярную военную службу, только базовую / начальную подготовку (No, never on active duty except for initial/basic training)

Да, сейчас прохожу регулярную военную службу (Yes, now on active duty) Не знаю / Не хочу отвечать (Don't know / Prefer not to answer)

Нет, никогда не служил(а) в Вооруженных силах США (No, never served in the U.S. Armed Forces)