

من أجل استخدام الموظفين فقط (FOR STAFF USE ONLY):

الرمز الشريطي # (Barcode #):

الخدمة (Service)

أفكار (Insights)

فرجينيا TEFAP



التاريخ (Date):

يرجى الطباعة بوضوح التاريخ (Please Print Clearly – Service Insights Intake Form)

الأسئلة المطلوبة * مظللة بخط عريض (Required Questions are *bold)

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------------|--|---|--|----------------|--|-------------------|--|--|--|--|--|--|
| * الاسم الأول (First name): | | | | | * لاسم الأخير (Last name): | | | | | | | | | |
| * تاريخ الولادة (Date of Birth): | | | | | [mm/dd/yyyy] سنة / يوم / شهر / | | | | | أو (OR) العمر (Age): | | | | |
| * العنوان (Address): | | | | | العنوان (السطر 2) [(Address (Line 2))]: | | | | | | | | | |
| * المدينة (City): | | | | | * الولاية (State): | | | | | * الرمز البريدي الرمز (Zip code): | | | | |
| * المقاطعة (County): | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> لا يوجد عنوان ثابت (No fixed address) | | | | |
| عنوان البريد الإلكتروني (Email Address): | | | | | * رقم الهاتف (Phone number): | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> أنا موافق على التواصل عبر البريد الإلكتروني (Ok to contact via email) | | | | | <input type="checkbox"/> أنا موافق على التواصل عبر الهاتف (Ok to contact via phone) | | | | | <input type="checkbox"/> من دون الهاتف (No phone) | | | | |
| (What method of communication do you prefer?) | | | | | الرسائل النصية (Text) <input type="checkbox"/> الاتصال الهاتفي (Call) <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني (Email) <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| * أفراد الأسرة - قدم المعلومات التالية لجميع الأفراد الآخرين الذين يعيشون في الأسرة (HOUSEHOLD MEMBERS - Provide the following information for all other members living in the household) | | | | | | | | | | | | | | |
| * الاسم الأول (First Name) | | * الكنية (Last Name) | | * تاريخ الميلاد (Date of Birth (Month/Day/Year) OR Age) | | الجنس (Gender) | | العرق (Ethnicity) | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| الوكيل: هل ثمة شخص آخر قد يأتي للحصول على الطعام بالنيابة عنك؟ (Proxy: Is there someone else who may pick up food for you?) | | | | | | | | | | | | | | |
| الاسم الأول (First name): | | الاسم الأخير (Last name): | | رقم الهاتف (Phone number): | | | | | | | | | | |
| * هل يتلقى أي فرد في منزلك حالياً برنامج SNAP، المعروف أيضاً باسم قسائم الطعام؟ (Is anyone in your household currently receiving SNAP, also known as food stamps?) | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> نعم (Yes) <input type="checkbox"/> لا (No) <input type="checkbox"/> لا أعرف / أفضل عدم الإجابة (Don't know / Prefer not to answer) | | | | | | | | | | | | | | |
| البرامج الحكومية الأخرى (حدد كل ما ينطبق) [Other Government Programs (select all that apply)] | | | | | البرامج المظللة بالخط العريض تعد مؤهلة تلقائياً لهذا البرنامج ([Bold programs are automatic qualifiers for TEFAP.]) | | | | | | | | | |
| TANF أو المساعدة النقدية (TANF or cash assistance) <input type="checkbox"/> | | | | | برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) (Children's Health Insurance Program (CHIP)) <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| النساء والرضع والأطفال (WIC) (Women, Infants, and Children (WIC)) <input type="checkbox"/> | | | | | وجبات مدرسية مجانية / بسعر مخفض (Free/reduced price school meals) <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| الضمان الاجتماعي (Social Security) <input type="checkbox"/> | | | | | ائتمان ضريبة الدخل المكتسب (EITC) أو ائتمانات ضريبية أخرى قابلة للاسترداد (Earned Income Tax Credit (EITC) or other refundable tax credits) <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| دخل الضمان التكميلي (SSI) (Supplemental Security Income (SSI)) <input type="checkbox"/> | | | | | برنامج المساعدة في فواتير المرافق المنزلية لذوي الدخل المنخفض (LIHEAP) (Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)) <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| تأمين الإعاقة للضمان الاجتماعي (SSDI) أو مدفوعات العجز (Social Security Disability Insurance (SSDI) or disability payments) <input type="checkbox"/> | | | | | إعانات البطالة (Unemployment) <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Medicare <input type="checkbox"/> | | | | | تعويزات العمال (Worker's Compensation) <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Medicaid <input type="checkbox"/> | | | | | دعم الإسكان (Housing subsidies) <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| | | | | | مساعدة المحاربين القدامى (Veteran's Assistance) <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| | | | | | برنامج الأغذية التكميلية السلعية (Commodity Supplemental Food Program) <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |

***دخل الأسرة (Household Income):**

دولاراً _____ أمريكياً في الأسبوع (per week) أو (OR) دولاراً _____ شهرياً (per month) أو (OR) دولاراً _____ في السنة (per year)

الأسئلة التالية اختيارية ولن تؤثر على خدمة البرنامج. (The following questions are optional and will not impact your TEFAP service.)

الجنس (Gender):

- ذكر (Male) أنثى (Female) متحول جنسياً (Transgender) أنثى متحولة / امرأة متحولة (Trans Female/Trans Woman) ذكر متحولة / رجل متحول (Trans Male/Trans Man) غير ثنائي (Non-binary) لا أعرف / أفضل عدم الإجابة (Don't Know / Prefer not to answer) لا شيء من هؤلاء (None of these) غير مطابق لجنس (Gender non-conforming)

العرق / الإثنية (اختر كل ما ينطبق) [Race / Ethnicity (choose all that apply)]:

- أبيض (White) هسباني، أو لاتيني أو إسباني (Hispanic, Latino, or Spanish) أسود أو أفريقي أمريكي (Black or African America) آسيوي (Asian) أمريكي هندي أو سكان ألاسكا الأصليين (American Indian or Alaska Native) من الشرق الأوسط أو شمال إفريقيا (Middle Eastern or North African) من سكان هاواي الأصليين أو غيرهم المحيط الهادئ من سكان الجزر (Native Hawaiian or Other Pacific Islander) بعض الأعراق أو الإثنيات الأخرى (Some other race or ethnicity) لا أعرف / أفضل عدم الإجابة (Don't Know / Prefer not to answer)

اللغة (اللغات) المفضلة [Preferred Language(s)]:

- الإنجليزية (English) العربية (Arabic) الإسبانية (Spanish) الأمهرية (Amharic) الكورية (Korean) أخرى (Other): _____
- هل تحتاج إلى خدمات الترجمة؟ (Do you need translation services?) نعم (Yes) لا (No)

الحالة العسكرية (Military Status):

- نعم، في الخدمة الفعلية في الماضي، ولكن ليس الآن (Yes, on active duty in the past, but not now) نعم، حالياً في الخدمة الفعلية (Yes, now on active duty) لا، لست في الخدمة الفعلية أبداً باستثناء التدريب الأولي / الأساسي (No, never on active duty except for initial/basic training) لا أعرف / أفضل عدم الإجابة (Don't know / Prefer not to answer) لم أخدم قط في القوات المسلحة الأمريكية (No, never served in the U.S. Armed Forces)

اعتبارات غذائية (Dietary Considerations):

- منخفض السكر / منخفض الكربوهيدرات ("مناسب لمرض السكري") منخفض الصوديوم / منخفض الدهون المشبعة ("صحي للقلب") حلال (Halal) خالي من الغلوتين (Gluten-free) نباتي (Vegetarian) موافق للشريعة اليهودية (Kosher) نظام غذائي لين / مخاوف حيال الأسنان (Soft diet / dental concerns) نباتي كامل (Vegan) مسببات الحساسية الغذائية (Food allergen) لا قيود (No restrictions) محدود / لا توجد معدات طهي (Limited / No cooking equipment) أخرى (Other) _____ لا أعرف / أفضل عدم الإجابة (Don't know / Prefer not to answer)

ملاحظات: قم بتضمين أي معلومات تريد منا أن نعرفها. أمثلة: "أنا أبحث عن حفاظات." "نحن بحاجة إلى طعام حيوانات أليفة"
(Notes: include any information you would like us to know. Examples: "Looking for diapers." "We need dog food.")

وعد CAFB فيما يتعلق بالبيانات (THE CAFB DATA PROMISE)

سوف نتعامل معك ومع معلوماتك بكرامة واحترام. (We will treat you and your information with dignity and respect.)

سنحافظ على معلوماتك آمنة ومأمونة. (We will keep your information safe and secure.)

سنستخدم هذه المعلومات فقط لتقديم خدمات أفضل لك. (We will only use this information to provide better services for you.)