



서비스 (Service)

인사이트 (Insights)

TEFAP 버지니아 (TEFAP Virginia)

직원용 (FOR STAFF USE ONLY):

바코드 # (Barcode #): _____

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

날짜 (Date): _____

필수 질문은 *진하게 표시되어 있습니다 (Required Questions are *bold)

<p>* 이름 (First name): _____ * 성 (Last name): _____</p>				
<p>* 생년월일 (Date of Birth): ____/____/____ (년도/월/일) (mm/dd/yyyy) 혹은 (OR) 나이 (Age): _____</p>				
<p>* 주소 (Address): _____ 주소 (두 번째 줄) (Address (Line 2)): _____</p>				
<p>* 도시 (City): _____ * 주 (State): _____ * 우편번호 (Zip code): _____</p>				
<p>* 카운티 (County): _____</p>				
<p><input type="checkbox"/> 고정된 주소 없음 (No fixed address)</p>				
<p>이메일 주소 (Email Address): _____</p> <p><input type="checkbox"/> 이메일로 연락해도 괜찮다 (Ok to contact via email)</p>		<p>*전화번호 (Phone number): _____</p> <p><input type="checkbox"/> 전화로 연락해도 괜찮다 (Ok to contact via phone)</p>		
<p>어떤 방법으로 통신하는 것을 원하십니까? (What method of communication do you prefer?)</p> <p><input type="checkbox"/> 문자 (Text) <input type="checkbox"/> 전화 (Call) <input type="checkbox"/> 이메일 (Email)</p>		<p><input type="checkbox"/> 전화 없음 (No phone)</p>		
<p>*같이 사는 가족 수 - 같이 사는 가족 구성원 모두에 대해 다음의 정보를 적어주십시오. (*HOUSEHOLD MEMBERS - Provide the following information for all other members living in the household)</p>				
*이름 (First Name)	*성 (Last Name)	*생년월일 (년도/월/일) 혹은 나이) (Date of Birth Month/Day/Year) OR Age)	젠더(성) (Gender)	민족 (Ethnicity)
<p>대리인: 귀하를 대신해 식품을 가져갈 분이 계십니까? (Proxy: Is there someone else who may pick up food for you?)</p>				
<p>이름 (First name): _____ 성 (Last name): _____ 전화번호 (Phone number): _____</p>				
<p>*가족 중에 푸드 스탬프로도 알려진 SNAP 혜택을 받고 있는 분이 있습니까? (Is anyone in your household currently receiving SNAP, also known as food stamps?)</p> <p><input type="checkbox"/> 예 (Yes) <input type="checkbox"/> 아니요 (No) <input type="checkbox"/> 모르겠다/ 답변하고 싶지 않다 (Don't know / Prefer not to answer)</p>				
<p>다른 정부 프로그램(해당 사항 모두를 선택하십시오) (Other Government Programs (select all that apply))</p> <p><input type="checkbox"/> TANF 혹은 현금 지원 (cash assistance) (TANF or cash assistance)</p> <p><input type="checkbox"/> 여성/신생아/어린이 (WIC) (Women, Infants, and Children (WIC))</p> <p><input type="checkbox"/> 사회보장 (Social Security)</p> <p><input type="checkbox"/> 보충적 소득 보장 (SSI) (Supplemental Security Income (SSI))</p> <p><input type="checkbox"/> 사회보장 장애보험(SSDI)이나장애 급여 (Social Security Disability Insurance (SSDI) or disability)</p> <p><input type="checkbox"/> 메디케어 (Medicare)</p> <p><input type="checkbox"/> 메디케이드 (Medicaid)</p>		<p>[진하게 표시된 프로그램은 TEFAP 수혜 자격이 자동으로 주어집니다.] ([Bold programs are automatic qualifiers for TEFAP.])</p> <p><input type="checkbox"/> 아동 건강 보험 프로그램 (CHIP) (Children's Health Insurance Program (CHIP))</p> <p><input type="checkbox"/> 무료/저가 학교 급식 (Free/reduced price school meals)</p> <p><input type="checkbox"/> 근로소득 세액공제 (EITC) 혹은 다른 환불 가능한 세액 공제 (Earned Income Tax Credit (EITC) or other refundable tax credits)</p> <p><input type="checkbox"/> 저소득 에너지 지원 프로그램 (LIHEAP) (Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP))</p> <p><input type="checkbox"/> 실업 급여 (Unemployment)</p> <p><input type="checkbox"/> 산재보험 (Worker's Compensation)</p> <p><input type="checkbox"/> 주택 보조 (Housing subsidies)</p> <p><input type="checkbox"/> 퇴역 군인 지원 (Veteran's Assistance)</p> <p><input type="checkbox"/> 상품 보충 식품 프로그램 (Commodity Supplemental Food Program)</p>		

*가계 소득 (Household Income):

매주 (per week) \$

혹은 (OR)

매월 (per month) \$

혹은 (OR)

매년 (per year) \$

다음 질문은 선택 사항이며 귀하의 TEFAP 서비스에 영향을 주지 않습니다

(The following questions are optional and will not impact your TEFAP service.)

젠더 (Gender):

☐ 남성 (Male)
☐ 여성 (Female)
☐ 성전환자 (Transgender)
☐ 성전환여성/여자 (Trans Female/Trans Woman)

☐ 성전환 남성/남자(Trans Male/Trans Man)
☐ 논바이너리 (여성도 남성도 아님) (Non-binary)

☐ 젠더 비순응 (Gender non-conforming)
☐ 이 중 어느 것도 아니다 (None of these)

☐ 모르겠다/ 답변하고 싶지 않다 (Don't Know / Prefer not to answer)

인종/민족(해당 사항 모두를 선택하십시오) (Race / Ethnicity (choose all that apply)):

☐ 백인 (White)
☐ 히스패닉, 라티노 혹은 스페인계 (Hispanic, Latino, or Spanish)
☐ 흑인이나 미국 흑인(Black or African American)

☐ 아시아인 (Asian)
☐ 미국 원주민이나 알래스카 원주민 (American Indian or Alaska Native)

☐ 중동인이나 북아프리카인(Middle Eastern or North African)
☐ 하와이 원주민이나 다른 태평양 섬사람 (Native Hawaiian or Other Pacific Islander)

☐ 다른 인종이나 민족(Some other race or ethnicity)
☐ 모르겠다/ 답변하고 싶지 않다 (Don't Know / Prefer not to answer)

통신을 원하는 언어 (Preferred Language(s)):

☐ 영어 (English)
☐ 아랍어 (Arabic)

☐ 스페인어 (Spanish)
☐ 암하라어 (Amharic)

☐ 한국어 (Korean)
☐ 기타 (Other):

통역 서비스가 필요하십니까? (Do you need translation services?)

☐ 예 (Yes)
☐ 아니요 (No)

군대 근무 여부 (Military Status):

☐ 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)

식단 정보 (Dietary Considerations):

☐ 저당/저탄수화물 ("당뇨에 좋은 음식")
[Low-sugar / low-carb ("diabetes-friendly")]
☐ 저염/저포화 지방("심장에 좋은 음식")
[Low-sodium / low-saturated fat ("heart healthy")]
☐ 할랄 (Halal)

☐ 무글루텐 (Gluten-free)
☐ 코셔 (Kosher)
☐ 비건 (Vegan)

☐ 채식주의 (Vegetarian)
☐ 부드러운 음식/치아에 대한 염려 (Soft diet / dental concerns)
☐ 제한적인 환경/요리 기구 없음 (Limited / No cooking equipment)

☐ 음식 알레르기 (Food allergen):
☐ 기타 (Other):
☐ 모르겠다/ 답변하고 싶지 않다 (Don't know / Prefer not to answer)

☐ 제한 사항 없음 (No restrictions)

유의: 저희가 알려주고 싶은 모든 정보를 적어주십시오. 예: "기저귀를 구하고 있음." "개 사료를 구함."

Notes: include any information you would like us to know. Examples: "Looking for diapers." "We need dog food."

CAFB 데이터 약속 (THE CAFB DATA PROMISE)

귀하와 귀하의 정보를 성의 있고 존중해서 다루겠습니다. (We will treat you and your information with dignity and respect.)

귀하의 정보를 안전하고 안심되게 보관하겠습니다. (We will keep your information safe and secure.)

귀하에게 더 나은 서비스를 제공하는 목적으로만 이 정보를 사용할 것입니다. (We will only use this information to provide better services for you.)

2/2