

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

الخدمة (Service)

أفكار (Insights)

برنامج المساعدة الغذائية العاجلة في فيرجينيا
(Virginia TEFAP) (TEFAP)



نموذج استلام رؤى الخدمة - يرجى الطباعة بوضوح التاريخ (Service Insights Intake Form - Please Print Clearly)

*التاريخ (Date):

هي حقول مطلوبة (Highlighted fields are required)

*الاسم الأول (*First Name):		*الاسم الأخير (*Last Name):	
*العنوان (*Address):		*المدينة (*City):	
*المقاطعة (*County):		*الولاية (*State):	
*الرمز البريدي الرمز (*ZIP):		□ يوجد عنوان ثابت (No Fixed Address)	
* إجمالي عدد الأشخاص المقيمين في منزلك (Total Number of People in Household):			
*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)?			
□ نعم (Yes)		□ لا (No)	
□ لا أعرف / أفضل عدم الإجابة (Don't know / prefer not to answer)		□ لا أعرف / أفضل عدم الإجابة (Don't know / prefer not to answer)	
□ اتئمان ضريبة الدخل المكتسب (EITC) أو اتئمانات ضريبية أخرى قابلة للاسترداد (Earned Income Tax Credit (EITC) or other refundable tax credit)		□ البرامج الحكومية الأخرى (حدد كل ما ينطبق) (Other Government Programs (select all that apply))	
□ برنامج مساعدة الطاقة المنزلية منخفضة الدخل (LIHEAP) [Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)]		□ الأسر التي تتلقى برنامج TANF مؤهلة للحصول على برنامج TEFAP (Households that receive TANF are eligible for TEFAP).	
□ إعانات البطالة (Unemployment)		□ الأسر التي تتألف من فرد واحد وتتلقى SSI أو Medicaid مؤهلة للحصول على برنامج TEFAP (Single-person households that receive SSI or Medicaid are also eligible for TEFAP)	
□ دعم الإسكان (Housing subsidies)		□ TANF أو المساعدة النقدية (TANF or cash assistance)	
□ مساعدة المحاربين القدامى (Veteran's Assistance)		□ دخل الضمان التكميلي (SSI) [Supplemental Security Income (SSI)]	
□ برنامج الغذاء التكميلي السلعي (Commodity Supplemental Food Program (CSFP))		□ Medicaid	
□ برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) [Children's Health Insurance Program (CHIP)]		□ Medicare	
□ وجبات مدرسية مجانية / مخفضة السعر (Free/reduced price school meals)		□ النساء والرضع والأطفال (WIC) [Women, Infants, and Children (WIC)]	
□ تأمين الإعاقة للضمان الاجتماعي (SSDI) أو مدفوعات العجز (Social Security Disability Insurance (SSDI) or disability payments)		□ الضمان الاجتماعي (Social Security)	
□ لا شيء (None)		□ تعويضات العمال (Worker's Compensation)	
*دخل الأسرة (Household Income):			
دولاراً (\$) في الأسبوع (per week) أو (OR) دولاراً (\$) شهرياً (per month) أو (OR) دولاراً (\$) في السنة (per year)			
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 (Name):		رقم الهاتف (Phone Number):	
<p>وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يُحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس (بما في ذلك الهوية الجنسية والتوجه الجنسي) أو الإعاقة أو العمر أو الانتقام أو القصاص لأي نشاط سابق للحقوق المدنية. قد تتوفر معلومات البرنامج بلغات أخرى بخلاف الإنجليزية. يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج (مثل طريقة برايل، والطباعة الكبيرة، والشريط الصوتي، ولغة الإشارة الأمريكية)، الاتصال بالولاية المسؤولة أو الوكالة المحلية التي تدير البرنامج أو مركز TARGET التابع لوزارة الزراعة الأمريكية على الرقم 202.720.2600 (الصوت و TTY) أو الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم 800.877.8339. لتقديم شكوى حول أي تمييز في البرنامج، يجب على المشتكي إكمال نموذج AD-3027 "نموذج شكوى التمييز في برنامج وزارة الزراعة الأمريكية" والذي يمكن تنزيله من الإنترنت من خلال الرابط: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20PCComplaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf، أو الحصول عليه من أي مكتب لوزارة الزراعة الأمريكية، أو من خلال الاتصال على الرقم 866.632.9992 أو من خلال إرسال رسالة بريدية إلى الوزارة. ويجب أن تتضمن الرسالة اسم صاحب الشكوى وعنوانه ورقم هاتفه ووصف مكتوب للإجراء التمييزي المزعم بتفصيل كافٍ لإبلاغ مساعد وزير الحقوق المدنية (ASCR) بطبيعة وتاريخ انتهاك الحقوق المدنية المزعم. يجب تقديم نموذج أو خطاب AD-3027 المكتمل إلى وزارة الزراعة الأمريكية عبر القنوات التالية (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:</p> <ol style="list-style-type: none">1. البريد (Mail): U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-941002. فاكس: (833) 256-1665 أو (202) 690-7442؛ أو (202) 7442-690؛ أو (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or3. البريد الإلكتروني (Email): Program.Intake@usda.gov			

هذه المؤسسة توفر تكافؤ الفرص. (This institution is an equal opportunity provider).

الأسئلة التالية اختيارية ولن تؤثر على خدمة البرنامج. (The following questions are optional and will not impact your TEFAP service). سيتم استخدام أي معلومات تختار تقديمها فقط لتحسين خدماتنا للمجتمع. (Any information you choose to provide will only be used to improve our services to the community).

عنوان البريد الإلكتروني (Email Address): _____ :رقم الهاتف (Phone Number) _____

أنا موافق على التواصل عبر البريد الإلكتروني (OK to contact via email) أنا موافق على التواصل عبر الهاتف (OK to contact via phone) من دون الهاتف (No phone)

الطريقة المفضلة للتواصل (Preferred method of communication): الرسائل النصية (Text) الاتصال الهاتفي (Call) البريد الإلكتروني (Email)

*تاريخ الولادة (Date of Birth): _____ / _____ / _____ : (شهر / يوم / سنة) أو العمر [Age] (MM/DD/YYYY): _____

*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)

غير مطابق لجنس (Gender non-conforming) لا شيء من هؤلاء (None of these) لا أعرف / أفضل عدم الإجابة (Don't know / Prefer not to answer)

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

أبيض (White) أسود أو أفريقي أمريكي (Black or African American)

آسيوي (Asian) 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)

هسباني، أو لاتيني أو إسباني (Hispanic, Latino, or Spanish)

أمريكي هندي أو سكان ألاسكا الأصليين (American Indian or Alaska Native)

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) الفرنسية (French) الفيتنامية (Vietnamese)

الإسبانية (Spanish) الكورية (Korean) العربية (Arabic)

الأمهرية (Amharic) الافندي (Mandarin) آخر (Other): _____

هل تحتاج إلى خدمات الترجمة (Do you need translation services)? نعم (Yes) لا (No)

أفراد الأسرة (Household Members):
 قدم المعلومات التالية لجميع الأشخاص الآخرين في منزلك، من دون إدراج معلوماتك أنت
 (Provide the following information for all other people in your household, not including yourself).

العرق (Ethnicity)	الجنس (Gender)	تاريخ الولادة أو العمر (Date of Birth or Age)	الكنية (Last Name)	الاسم الأول (First Name)

اعتبارات غذائية (Dietary Considerations):

نظام غذائي لثين / مخاوف حيال الأسنان (Soft diet / dental concerns)

منخفض السكر / منخفض الكربوهيدرات ("مناسب لمرض السكري") (Low-sugar / Low-carb ("diabetes-friendly"))

حلال (Halal)

خالي من الغلوتين (Gluten-free)

نباتي كامل (Vegan)

نباتي (Vegetarian)

محدود / لا توجد معدات طهي (Limited / no cooking equipment)

مسببات الحساسية الغذائية (Food allergen): _____

آخر (Other): _____

لا قيود (No restrictions)

منخفض الصوديوم / منخفض الدهون المشبعة ("صحي للقلب") (Low-sodium / low-saturated fat ("heart healthy"))

لا أعرف / أفضل عدم الإجابة (Don't know / prefer not to answer)

موافق للشريعة اليهودية (Kosher)

الحالة العسكرية (Military Status):

هل خدم أي شخص في أسرتك، بما في ذلك أنت، في الخدمة الفعلية في القوات المسلحة الأمريكية؟ تشمل الخدمة الفعلية الخدمة في القوات المسلحة الأمريكية وكذلك حالة التنشيط من الاحتياط أو الحرس الوطني. (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).

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)

لا، لم أخدم قط في القوات المسلحة الأمريكية (No, never served in the U.S. Armed Forces)