

صرف برای استفاده کارمند (FOR STAFF USE ONLY):

بارکود # (Barcode #):

خدمت (Service)

بینش (Insights)

Virginia TEFAP



بیشتر خدمات ورودی فورم - لطفاً بشکل واضح چاپ کنید (Service Insights Intake Form - Please Print Clearly).

*تاریخ (*Date):

*فیلدهای هایلایت ضروری هستند (Highlighted fields are required)

*اسم (*First Name):

*تخل ص (*Last Name):

*کود پستی (ZIP)

*ایالت (*State)

*شهر (City):

*آدرس (*Address):

نمبر ثابت آدرس (No Fixed Address)

*کشور (County):

*تعداد مجموعی افراد در خانوار (Total Number of People in Household)

خیر (No)

بلی (Yes)

*آیا کسی در خانواده شما در حال حاضر SNAP که بنام کمک غذایی نیز یاد می شود، دریافت می کند (Is anyone in your household currently receiving SNAP, also known as food stamps)?

نمیدانم / ترجیح میدهم جواب ندهم (Don't know / prefer not to answer)

فامیل های که SNAP دریافت می کنند واجد شرایط TEFAP هستند (Households that receive SNAP are eligible for TEFAP).

کرایه یا سایر کسب شده (EITC) یا سایر کرایه قابل استرداد (Earned Income Tax Credit (EITC) or other refundable tax credit)

برنامه مساعده انرژی برای خانواده با درآمد کم (LIHEAP) [Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)]

بیکاری (Unemployment)

سبببایدی های مسکن (Housing subsidies)

مساعده کهنه سرباز (Veteran's Assistance)

برنامه امتعه کمکی غذایی (CSFP) [Commodity Supplemental Food Program (CSFP)]

برنامه بیمه صحتی اطفال (CHIP) [Children's Health Insurance Program (CHIP)]

غذاهای رایگان/ با قیمت کاهش یافته مکتب (Free/reduced price school meals)

بیمه از کار افتادگی تامین اجتماعی (SSDI) یا پرداخت های معلولیت (Social Security Disability Insurance (SSDI) or disability payments)

هیچ کدام (None)

سایر برنامه های دولتی (لطفاً تمام موارد قابل تطبیق را انتخاب کنید) [Other Government Programs (select all that apply)]

فامیل های که TANF دریافت می کنند واجد شرایط TEFAP هستند (Households that receive TANF are eligible for TEFAP).

فامیل های تک نفره که SSI یا Medicaid دریافت می کنند نیز واجد شرایط TEFAP هستند (Single-person households that receive SSI or Medicaid are also eligible for TEFAP).

TANF یا مساعده نقدی (TANF or cash assistance)

درآمد تامین تکمیلی (SSI) [Supplemental Security Income (SSI)]

Medicaid

Medicare

برنامه زنان، نوزادان و اطفال (WIC) [Women, Infants, and Children (WIC)]

تامین اجتماعی (Social Security)

غرامت کارگر (Worker's Compensation)

*درآمد خانواده (Household Income):

\$ _____ در سال (per year)

در ماه (per month) یا (OR)

\$ _____ در هفته (per week) یا (OR)

وکیل: آیا کسی دیگری است که برای شما غذا بردارد (Proxy: Is there someone else who may pick up food for you)?

شماره تلفون (Phone Number)

نام (Name)

مطابق با قانون فدرال حقوق مدنی و مقررات و پالیسی های حقوق مدنی وزارت کشاورزی ایالات متحده (USDA)، این مؤسسه از تبعیض به اساس نژاد، رنگ، منشأ ملی، جنسیت (بشمول هویت جنسی و گرایش جنسی)، معلولیت، عمر، یا معامله بالمثل یا تلافی برای فعالیت قبلی حقوق مدنی منع شده است. معلومات پروگرام ممکن است به لسان هایی غیر از انگلیسی در دسترس باشد. افراد دارای معلولیتی که برای به دست آوردن معلومات پروگرام به وسایط ارتباطی جایگزین ضرورت دارند (مانند خط بریل، چاپ بزرگ، نوار صوتی، لسان اشاره آمریکایی)، باید با ایالت مسئول یا اینجسی محلی که پروگرام را مدیریت می کند یا مرکز TARGET USDA به نمبر (202) 2600-720 (صوتی و TTY) یا از طریق خدمات رله فدرال به نمبر (800) 8339-877 با USDA تماس بگیرد. برای ثبت شکایت تبعیض در پروگرام، شکای باید فورمه AD-3027، فورمه شکایت تبعیض در پروگرام USDA را تکمیل کرد که می توانید آنها را به صورت آنلاین در آدرس ذیل: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20PComplaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>، از هر دفتر USDA، با تماس با (866) 632-9992، یا با نوشتن نامه ای خطاب به USDA دریافت کنید. نامه باید حاوی نام، آدرس، نمبر تلفون شکای و شرح مکتوبی از اقدام تبعیض آمیز مورد ادعا با جزئیات کافی باشد تا در مورد ماهیت و تاریخ نقض ادعایی حقوق مدنی، به دستیار وزیر حقوق مدنی (ASCR) اطلاع دهد. فورمه یا نامه تکمیل شده AD-3027 باید توسط به USDA ارسال شود: (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. نامه: دفتر وزارت کشاورزی ایالات متحده دستیار وزیر حقوق مدنی، سرک استقلال 1400، جنوب غربی واشنگتن، دی سی 20250-9410

(Mail: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410);

2. فکس: (833) 256-1665 یا (202) 690-7442; یا (202) 690-7442; یا (833) 256-1665 or (202) 690-7442;

3. ایمیل: Program.Intake@usda.gov.

این مؤسسه یک ارائه کننده فرصت برابر است. (This institution is an equal opportunity provider).

سوالات ذیل اختیاری هستند و خدمات TEFAP شما را متاثر نمی سازد. (The following questions are optional and will not impact your TEFAP service). هر معلوماتی که برای ارائه انتخاب می کنید صرفاً برای بهبود خدمات ما به انجمن استفاده می شود. (Any information you choose to provide will only be used to improve our services to the community)

ایمیل آدرس (Email Address) _____
 *شماره تلفون (*Phone Number): _____
 مشکل نیست اگر از طریق ایمیل تماس گرفته شود (OK to contact via email) مشکل نیست اگر از طریق تلفون تماس گرفته شود (OK to contact via phone)
 شماره تلفون (No phone) ایمیل (Email)
 میتود ترجیحی ارتباط (Preferred method of communication): پیام کتبی (Text) تماس (Call)

*تاریخ تولد (*Date of Birth): _____ / _____ / _____ (ماه/روز/سال) یا سن [(MM/DD/YYYY) or Age]: _____

*جنسیت (*Gender):
 مذکر (Male) مونث (Female) فرجنسیت (Transgender)
 ترانس مونث/ترانس زن (Trans Female / Trans Woman) ترانس مذکر/ترانس مرد (Trans Male / Trans Man) غیرباینری (Non-binary)
 عدم تطابق جنسیت (Gender non-conforming) هیچکدام این (None of these) نمیدانم / ترجیح میدهم جواب ندهم (Don't know / Prefer not to answer)

*نژاد/ قوم (همه موارد قابل تطبیق را انتخاب کنید) [Race / Ethnicity (choose all that apply)]:
 سفید پوست (White) سیاه پوست یا افریقایی آمریکایی (Black or African American)
 آسیایی (Asian) شرق میانه ای Or افریقایی شمالی (Middle Eastern or North African)
 هوای بومی یا دیگر جزیره پاسفیک (Native Hawaiian or Other Pacific Islander) نژاد دیگر یا قومیت (Some other race or ethnicity)
 هیسپانیک، لاتینی، یا اسپانیایی (Hispanic, Latino, or Spanish) نمیدانم / ترجیح میدهم جواب ندهم (Don't know / Prefer not to answer)
 آمریکایی بومی یا بومی آلاسکایی (American Indian or Alaska Native)

زبان (های) مورد علاقه [Preferred Language(s)]:
 انگلیسی (English) فرانسوی (French) ویتنامی (Vietnamese)
 اسپانیایی (Spanish) کوریایی (Korean) عربی (Arabic)
 امحاری (Amharic) ماندارین (Mandarin) دیگر (Other): _____
 آیا به خدمات ترجمه نیاز دارید (Do you need translation services)? بلی (Yes) نخیر (No)

اعضای خانواده (Household Members):
 معلومات ذیل را برای سایر افراد فامیل خود، به غیر از خودتان، ارائه دهید.
 (Provide the following information for all other people in your household, not including yourself).

اسم (First Name)	تخلص (Last Name)	اریخ تولد یا سن (Date of Birth or Age)	جنسیت (Gender)	قوم (Ethnicity)

ملاحظات رژیمی (Dietary Considerations):
 شکر کم / کاربوهایدریت کم ("دیابت مناسب") [Low-sugar / Low-carb ("diabetes-friendly")] رژیم غذایی نرم / نگرانی های مربوط به دندان (Soft diet / dental concerns)
 بدون گلوتن (Gluten-free) وگان (Vegan)
 گیاه خوار (Vegetarian) محدود / بدون تجهیزات پخت و پز (Limited / no cooking equipment)
 حساسیت غذایی (Food allergen): _____ دیگر (Other): _____
 چربی کم سوئیم / کم اشباع شده ("قلب سالم") [Low-sodium / low-saturated fat ("heart healthy")] هیچ نوع محدودیت (No restrictions)
 کوشر (Kosher) نمیدانم / ترجیح میدهم جواب ندهم (Don't know / prefer not to answer)

خدمت عسکری (Military Status):
 آیا در خانواده شما بشمول شما کسی منحصراً کارمند نظامی فعال در نیروهای اردوی امریکا خدمت کرده است؟ خدمات فعال شامل خدمت در نیروهای اردوی امریکا و همچنین فعالیت در نیروهای ذخیره یا گارد ملی می شود (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).
 بلی، خدمت فعال در گذشته نه حالا (Yes, on active duty in the past, but not now) نخیر، هرگز منحصراً خدمت فعال عسکری کار نکردیم به استثنای آموزش ابتدایی/اساسی (No, never on active duty except for initial/basic training)
 بلی، خدمت فعال در حال حاضر (Yes, now on active duty) نمیدانم / ترجیح میدهم جواب ندهم (Don't know / Prefer not to answer)
 نخیر، هرگز خدمت عسکری در نیروی های اردوی امریکا انجام ندادم (No, never served in the U.S. Armed Forces)