CAPITAL AREA FOOD BANK®

서비스 **(Service)**

인사이트 **(Insights)**

버지니아 **TEFAP (Virginia TEFAP)**

직원용: (FOR STAFF USE ONLY:)

바코드 #: (Barcode #:)_____

서비스 인사이트 접수 양식– 정확하게 정자로 기입하십시오 (Service Insights Intake Form – Please Print Clearly)

***강조표시된** 필드는 필수 입력 필드입니다 (**Highlighted** fields are required) ***날짜** (**Date**): _____

***이름 (First Name)**: _____ ***성 (Last Name)**: _____

***주소 (Address)**: _____ ***도시 (City)**: _____ ***주 (State)**: _____ ***우편번호 (ZIP)**: _____

***카운티 (County)**: _____ ☐ 고정된 주소 없음 (No Fixed Address)

***가구내 총 인원수 (Total Number of People in Household)**: _____

***가구 구성원 중에 푸드 스탬프로도 알려진 SNAP 혜택을 받고 있는 분이 있습니까 (Is anyone in your household currently receiving SNAP, also known as food stamps)?**

☐ 예 (Yes) ☐ 아니요 (No)

☐ 모르겠다/ 답변하고 싶지 않다 (Don't know / prefer not to answer)

SNAP를 수령하는 가구는 TEFAP 자격이 있습니다(Households that receive SNAP are eligible for TEFAP).

다른 정부 프로그램 (해당 사항 모두를 선택하시오) [Other Government Programs (select all that apply)]**.**

TANF를 수령하는 가구는 TEFAP 자격이 있습니다 (Households that receive TANF are eligible for TEFAP).

SSI 또는 Medicaid 혜택을 받는 1인 가구도 TEFAP 자격이 있습니다 (Single-person households that receive SSI or Medicaid are also eligible for TEFAP).

- ☐ **TANF 혹은 현금 지원 (TANF or cash assistance)**
- ☐ **보충적 소득 보장 (SSI) [Supplemental Security Income (SSI)]**
- ☐ **메디케이드 (Medicaid)**
- ☐ 메디케어 (Medicare)
- ☐ 여성/신생아/어린이 (WIC) [Women, Infants, and Children (WIC)]
- ☐ 사회보장 (Social Security)
- ☐ 산재보험 (Worker's Compensation)
- ☐ 세액공제 (EITC) 혹은 다른 환불 가능한 세액 공제 (Earned Income Tax Credit (EITC) or other refundable tax credit)
- ☐ 저소득 에너지 지원 프로그램 (LIHEAP) [Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)]
- ☐ 실업 급여 (Unemployment)
- ☐ 주택 부조 (Housing subsidies)
- ☐ 퇴역 군인 지원 (Veteran's Assistance)
- ☐ 상품 보충 식품 프로그램 (CSFP) [Commodity Supplemental Food Program (CSFP)]
- ☐ 아동 건강 보험 프로그램 (CHIP) [Children's Health Insurance Program (CHIP)]
- ☐ 무료/저가 학교 급식 (Free/reduced price school meals)
- ☐ 사회보장 장애보험 (SSDI) 이나 장애 급여 (Social Security Disability Insurance (SSDI) or disability payments)
- ☐ 없음 (None)

***가계 소득 (Household Income):**

$_____ 매주 (per week) **혹은 (OR)** $_____매월 (per month) **혹은 (OR)** $_____ 매년 (per year)

대리인: 귀하를 대신해 식품을 가져갈 분이 계십니까 (Proxy: Is there someone else who may pick up food for you)?

이름 (Name): _____ 전화번호 (Phone Number): _____

연방 민권법 및 미국 농무부(USDA) 민권 규정 및 정책에 따라 본 기관은 인종, 피부색, 출신 국가, 성별(성 정체성 및 인종, 피부색, 출신 국가, 성별(성 정체성 및 성적 취향 포함), 장애, 연령, 이전 민권 활동에 대한 보복을 근거로 차별을 할 수 없습니다. 프로그램 정보는 영어가 아닌 다른 언어로 제공될 수 있습니다. 프로그램 정보를 얻기 위해 대체 의사소통 수단(예: 점자, 큰 활자체, 오디오 테이프, 미국 수화)이 필요한 장애인은 프로그램을 관리하는 담당 주 또는 지역 기관이나 USDA 의 TARGET 센터(202) 720- 2600(음성 및 TTY)으로 연락하거나 연방 중계 서비스(800) 877-8339 를 통해 USDA 에 문의하십시오. 프로그램 차별 불만을 제기하려면, 불만 제기자는 양식(Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form)을 작성해야 합니다. 이 양식은 다음 주소:https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20PComplaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf 에서 온라인으로, 모든 USDA 사무실에서 직접, (866) 632-9992 으로 연락해서, 또는 USDA 에 편지를 보내서 입수할 수 있습니다. 서한에는 불만 제기자의 성명, 주소, 전화번호 그리고 민권 침해 혐의의 성격과 날짜를 민권 차관보(ASCR)에게 알릴 수 있을 만큼 주장하고 있는 차별 행위에 대해 충분히 자세한 설명이 포함되어야 합니다. 작성한 AD-3027 양식 또는 서한은 다음 방법으로 USDA 에 제출해야 합니다 (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%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. 우편 (Mail): U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410;
2. 팩스: (833) 256-1665 혹은 (202) 690-7442, 혹은 (Fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or)
3. 이메일 (Email): Program.Intake@usda.govProgram.Intake@usda.gov.

본 기관은 평등 기회 제공기관입니다 (This institution is an equal opportunity provider).

다음 질문은 선택 사항이며 귀하의 TEFAP 서비스 에 영향을 주지 않습니다
(The following questions are optional and will not impact your TEFAP service).
귀하가 제공하기로 선택한 모든 정보는 커뮤니티에 대한 본 기관의 서비스를 개선하는 데에만 사용됩니다
(Any information you choose to provide will only be used to improve our services to the community).

이메일 주소 (Email Address): _____ ***전화번호 (Phone Number)**: _____

□ 이메일로 연락해도 괜찮다 (OK to contact via email) □ 전화로 연락해도 괜찮다 (OK to contact via phone) □ 전화 없음 (No phone)

선호하는 연락 방법 (Preferred method of communication): □ 문자 (Text) □ 전화 (Call) □ 이메일 (Email)

***생년월일 (Date of Birth)**: _____ / _____ / _____ (년도/월/일) 혹은 **나이** [(MM/DD/YYYY) or **Age]**: _____

***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 선택하시오) [Race / Ethnicity (choose all that apply)]:**

□ 백인 (White)
□ 아시아인 (Asian)
□ 하와이 원주민이나 다른 태평양 섬사람 (Native Hawaiian or Other Pacific Islander)
□ 히스패닉, 라티노 혹은 스페인계 (Hispanic, Latino, or Spanish)
□ 미국 원주민이나 알래스카 원주민 (American Indian or Alaska Native)
□ 흑인이나 미국 흑인 (Black or African American)
□ 중동인이나 북아프리카인 (Middle Eastern or North African)
□ 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) □ 프랑스어 (French) □ 베트남어 (Vietnamese)
□ 스페인어 (Spanish) □ 한국어 (Korean) □ 아랍어 (Arabic)
□ 암하라어 (Amharic) □ 중국어 (Mandarin) □ 기타 (Other): _____

통역 서비스가 필요하십니까 (Do you need translation services)?
□ 예 (Yes)
□ 아니요 (No)

가구 구성원들 (Household Members):

가구 구성원 중 **본인을 제외**한 모든 사람들에 대해 다음 정보를 제공해 주십시오.
(Provide the following information for all other people in your household, **not including yourself**).

이름 (First Name)	성 (Last Name)	**생년월일 (Date of Birth or Age)**	젠더 (Gender)	민족 (Ethnicity)

식단 정보 (Dietary Considerations):

□ 저당/저탄수화물 ("당뇨에 좋은 음식") [Low-sugar / Low-carb ("diabetes-friendly")]
□ 무글루텐 (Gluten-free)
□ 채식주의 (Vegetarian)
□ 음식 알레르기 (Food allergen): _____
□ 저염/저포화 지방 ("심장에 좋은 음식") [Low-sodium / low-saturated fat ("heart healthy")]
□ 코셔 (Kosher)
□ 부드러운 음식/치아에 대한 염려 (Soft diet / dental concerns)
□ 할랄 (Halal)
□ 비건 (Vegan)
□ 제한적인 환경/요리 기구 없음 (Limited / no cooking equipment)
□ 기타 (Other): _____
□ 제한 사항 없음 (No restrictions)
□ 모르겠다/ 답변하고 싶지 않다 (Don't know / prefer not to answer)

군대 근무 여부 (Military Status):

자신을 포함해서 가구 구성원 중에서 미군 퇴역 또는 현역 군인이 있습니까? 현역 군인에는 미군 현역 및 예비군 또는 국토방위군 복무자가 포함됩니다 (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).

□ 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)