



Inicjatywa (Service)
Wgląd w usługi (Insights)
TEFAP Wirginia

WYPEŁNIA PERSONEL: (FOR STAFF USE ONLY:)

Nr kodu kreskowego: (Barcode #): _____

Formularz przyjęcia do inicjatywy Wgląd w usługi – Wypełnić wyraźnie drukowanymi literami (Service Insights Intake Form – Please Print Clearly)

***Wyróżnione** pola są wymagane (Highlighted fields are required)

***Data (Date):** _____

***Imię (First Name):** _____ ***Nazwisko (Last Name):** _____

***Adres (Address):** _____ ***Miasto (City):** _____ ***Stan (State):** _____ ***Kod pocztowy (ZIP):** _____

***Okręg (County):** _____ Brak stałego adresu (No Fixed Address)

***Łączna liczba osób w gospodarstwie domowym (Total Number of People in Household):** _____

***Czy ktokolwiek w Pana(-i) gospodarstwie domowym otrzymuje obecnie świadczenia SNAP, znane również jako bony żywnościowe (Is anyone in your household currently receiving SNAP, also known as food stamps)?** Tak (Yes) Nie (No)
 Nie wiem / Wolę nie odpowiadać (Don't know / prefer not to answer)
Gospodarstwa domowe otrzymujące świadczenia SNAP kwalifikują się do TEFAP (Households that receive SNAP are eligible for TEFAP).

Inne programy rządowe (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe) [Other Government Programs (select all that apply)]:

- Odroczenie płatności podatku dochodowego (EITC) lub inne ulgi podatkowe podlegające zwrotowi (Earned Income Tax Credit (EITC) or other refundable tax credit)
- Program pomocy w opłaceniu rachunków za energię elektryczną dla gospodarstw o niskich dochodach (LIHEAP) [Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)]
- Zasiłek dla bezrobotnych (Unemployment)
- Dofinansowanie na cele mieszkaniowe (Housing subsidies)
- Pomoc dla weteranów (Veteran's Assistance)
- Program pomocy w zaopatrzeniu w żywność (CSFP) [Commodity Supplemental Food Program (CSFP)]
- Program ubezpieczeń zdrowotnych dla dzieci (CHIP) [Children's Health Insurance Program (CHIP)]
- Posiłki szkolne bezpłatne/w obniżonej cenie (Free/reduced price school meals)
- Ubezpieczenie z Social Security na wypadek niezdolności do pracy (SSDI) lub zasiłki z tytułu niezdolności do pracy (Social Security Disability Insurance (SSDI) or disability payments)
- Żadne (None)

Gospodarstwa domowe otrzymujące świadczenia TANF kwalifikują się do TEFAP (Households that receive TANF are eligible for TEFAP).

Jednoosobowe gospodarstwa domowe otrzymujące świadczenia SSI lub Medicaid również kwalifikują się do TEFAP (Single-person households that receive SSI or Medicaid are also eligible for TEFAP).

- TANF lub pomoc pieniężna (TANF or cash assistance)**
- Uzupełniający zasiłek z ubezpieczeń społecznych (SSI) [Supplemental Security Income (SSI)]**
- Medicaid**
- Medicare
- Pomoc w ramach programu pomocy dla kobiet, niemowląt i dzieci (WIC) [Women, Infants, and Children (WIC)]
- Ubezpieczenie społeczne (Social Security)
- Odszkodowanie pracownicze (Worker's Compensation)

***Dochód gospodarstwa domowego (Household Income):**

_____ USD tygodniowo (per week) **LUB (OR)** _____ USD miesięcznie (per month) **LUB (OR)** _____ USD rocznie (per year)

Pełnomocnictwo: Czy jest ktoś, kto może odebrać dla Pana(-i) jedzenie (Proxy: Is there someone else who may pick up food for you)?

Imię i nazwisko (Name): _____ Numer telefonu (Phone Number): _____

Zgodnie z federalnymi przepisami dotyczącymi praw obywatelskich oraz regulacjami i zasadami amerykańskiego Departamentu Rolnictwa (Department of Agriculture, USDA) dotyczącymi praw obywatelskich, instytucji tej nie wolno stosować dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, płeć (w tym tożsamość płciową i orientację seksualną), niepełnosprawność, wiek ani nagradzać lub stosować działań odwetowych za wcześniejsze działania na rzecz praw obywatelskich. Informacje o programie mogą być udostępniane w językach innych niż angielski. Osoby z niepełnosprawnościami, które wymagają alternatywnych środków komunikacji w celu uzyskania informacji o programie (np. alfabetem Braille, dużym drukiem, na kasecie audio, w amerykańskim języku migowym, itp.) powinny skontaktować się z odpowiedzialną stanową lub lokalną agencją zarządzającą programem lub z TARGET Center USDA pod numerem (202) 720-2600 (głosowo i TTY) lub powinny skontaktować się z USDA za pośrednictwem usługi Federal Relay Service dzwoniąc pod numer (800) 877-8339. Osoby, które chcą złożyć skargę na dyskryminację w programie muszą wypełnić formularz AD-3027, czyli formularz skargi na dyskryminację w programie USDA, dostępny online na stronie: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20PCComplaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, w dowolnym urzędzie USDA, można go również uzyskać dzwoniąc pod numer (866) 632-9992 lub wysyłając pismo na adres USDA. Pismo musi zawierać imię i nazwisko osoby wnoszącej skargę, jej adres, numer telefonu oraz opis domniemych działań o charakterze dyskryminującym informujący zastępcę sekretarza ds. praw obywatelskich (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) o charakterze i dacie domniemanego naruszenia praw obywatelskich. Wypełniony formularz AD-3027 lub pismo należy przesłać do USDA (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):

1. Poczta na adres (Mail): U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410;
2. Faksem (Fax): (833) 256-1665 lub (or) (202) 690-7442; lub (or)
3. E-mail'em (Email): Program.Intake@usda.gov.

Instytucja jest świadczeniodawcą realizującym politykę równych szans (This institution is an equal opportunity provider).

Poniższe pytania są opcjonalne i nie wpłyną na usługi TEFAP

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

Przekazane informacje zostaną wykorzystane wyłącznie w celu ulepszenia naszych usług na rzecz społeczności

(Any information you choose to provide will only be used to improve our services to the community).

Adres e-mail (Email Address): _____

***Numer telefonu (Phone Number):** _____

Można kontaktować się poprzez e-mail (OK to contact via email)

Można kontaktować się telefonicznie (OK to contact via phone)

Brak telefonu (No phone)

Preferowany sposób komunikacji (Preferred method of communication):

SMS (Text)

Telefonicznie (Call)

E-mail (Email)

***Data urodzenia (Date of Birth):** ____ / ____ / ____ (MM/DD/RRRR) lub **Wiek [(MM/DD/YYYY) or Age]:** _____

***Płeć (Gender):**

Mężczyzna (Male)

Kobieta (Female)

Osoba transpłciowa (Transgender)

Transkobieta (Trans Female / Trans Woman)

Transmężczyzna (Trans Male / Trans Man)

Osoba niebinarna (Non-binary)

Niezgodność płciowa (Gender non-conforming)

Żadna z podanych (None of these)

Nie wiem/Wolę nie odpowiadać (Don't know / Prefer not to answer)

***Rasa / Pochodzenie etniczne (proszę wybrać wszystkie właściwe) [Race / Ethnicity (choose all that apply)]:**

Osoba biała (White)

Osoba czarnoskóra lub Afroamerykanin/Afroamerykanka (Black or African American)

Azjata/Azjatka (Asian)

Osoba pochodząca z Bliskiego Wschodu lub Północnej Afryki (Middle Eastern or North African)

Rodowity Hawajczyk/Hawajka lub mieszkaniec/mieszkanica innych wysp na Pacyfiku (Native Hawaiian or Other Pacific Islander)

Inna rasa lub pochodzenie etniczne (Some other race or ethnicity)

Osoba hiszpańskojęzyczna, pochodzenia łąnoskiego lub hiszpańskiego (Hispanic, Latino, or Spanish)

Nie wiem/Wolę nie odpowiadać (Don't know / Prefer not to answer)

Indianin/Indianka amerykański(-a) lub osoba będąca rdzennym mieszkańcem Alaski (American Indian or Alaska Native)

Preferowany język(i) [Preferred Language(s)]:

Angielski (English)

Francuski (French)

Wietnamski (Vietnamese)

Czy potrzebuje Pan(i) usług tłumaczeniowych (Do you need translation services)?

Hiszpański (Spanish)

Koreański (Korean)

Arabski (Arabic)

Tak (Yes)

Amharski (Amharic)

Mandaryński (Mandarin)

Inny (Other): _____

Nie (No)

Członkowie gospodarstwa domowego (Household Members):

Proszę podać następujące informacje dla wszystkich pozostałych osób w gospodarstwie domowym, **nie wliczając siebie** (Provide the following information for all other people in your household, **not including yourself**).

| Imię (First Name) | Nazwisko (Last Name) | Data urodzenia lub wiek (Date of Birth or Age) | Płeć (Gender) | Pochodzenie etniczne (Ethnicity) |
|-------------------|----------------------|---|---------------|----------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Wymogi dietetyczne (Dietary Considerations):

Dieta o niskiej zawartości cukru / niskowęglowodanowa („przyjazna dla diabetyków”) [Low-sugar / Low-carb (“diabetes-friendly”)]

Dieta miękka / problemy dentystryczne (Soft diet / dental concerns)

Bezglutenowa (Gluten-free)

Halal (Halal)

Wegetariańska (Vegetarian)

Wegańska (Vegan)

Alergen pokarmowy (Food allergen): _____

Ograniczony dostęp/brak urządzeń do gotowania (Limited / no cooking equipment)

Dieta niskosodowa / dieta o niskiej zawartości tłuszczów nasyconych („dobra dla serca”) [Low-sodium / low-saturated fat (“heart healthy”)]

Inna (Other): _____

Brak ograniczeń (No restrictions)

Koszerna (Kosher)

Nie wiem / Wolę nie odpowiadać (Don't know / prefer not to answer)

Status służby wojskowej (Military Status):

Czy ktokolwiek w Pana(-i) gospodarstwie domowym, w tym Pan(i), odbył czynną służbę wojskową w Siłach Zbrojnych Stanów

Zjednoczonych? Czynna służba obejmuje służbę w Siłach Zbrojnych Stanów Zjednoczonych, jak również powołanie do czynnej służby z Rezerwy lub Gwardii Narodowej (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).

Tak, w czynnej służbie w przeszłości, ale nie obecnie (Yes, on active duty in the past, but not now)

Nie, nigdy nie pełniłem(-am) czynnej służby z wyjątkiem wstępnego/podstawowego szkolenia (No, never on active duty except for initial/basic training)

Tak, obecnie w czynnej służbie (Yes, now on active duty)

Nie wiem / Wolę nie odpowiadać (Don't know / Prefer not to answer)

Nie, nigdy nie pełniłem(-am) służby w Siłach Zbrojnych Stanów Zjednoczonych (No, never served in the U.S. Armed Forces)