

یوایز د کارکونکو د استفادې لپاره (FOR STAFF USE ONLY):

خدمات (Service)

بصیرتونه (Insights)

ویرجینیا TEFAP (Virginia TEFAP)



بارکود # (Barcode #):

د خدماتو په اړه د بصیرت ترلاسه کولو فورمه - مهربانویکړئ پهرېشانتهوکه دج کړئ (Service Insights Intake Form - Please Print Clearly)

نېټه (Date):

*روښانه شوې برخې اړینې دي (Highlighted fields are required)

<p>* نوم (First Name): _____</p> <p>* آدرس (Address): _____</p> <p>* ښار (City): _____</p> <p>* ایالت (State): _____</p> <p>* شمېره کد (ZIP): _____</p> <p>* هیواد (County): _____</p> <p>(No Fixed Address) شمېره دقیق آدرس <input type="checkbox"/></p>	
<p>* کورنۍ د ټولو غړو شمېر (Total Number of People in Household): _____</p>	
<p>* آیا په کورنۍ کې مو دمګړی داسې کوم څوک شته چې SNAP چې د خوراکي مرستو په نامه هم یادېږي، ترلاسه کوي؟ (Is anyone in your household currently receiving SNAP, also known as food stamps?)</p> <p>هو (Yes) <input type="checkbox"/> نه (No) <input type="checkbox"/></p> <p>نه پوهېږم/نه غواړم ځواب ورکړم (Don't know / prefer not to answer) <input type="checkbox"/></p>	
<p><input type="checkbox"/> په عائداتو باندې د مالیاتو اعتبار (EITC) یا نور بیا تادیه کېدونکي اعتبارات (Earned Income Tax Credit (EITC) or other refundable tax credit)</p> <p><input type="checkbox"/> د ټیټې کچې عائد لرونکو اشخاصو لپاره د کورنۍ انرژي په برخه کې د مرستې پروګرام (LIHEAP) [Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)]</p> <p><input type="checkbox"/> بی روزګاري (Unemployment)</p> <p><input type="checkbox"/> د استوګنځي په برخه کې مرسته (Housing subsidies)</p> <p><input type="checkbox"/> د عسکري خدمت مرسته (Veteran's Assistance)</p> <p><input type="checkbox"/> د توکو په برخه کې د بشپړې غذا مرسته (CSFP) [Commodity Supplemental Food Program (CSFP)]</p> <p><input type="checkbox"/> د ماشومانو لپاره د روغتیايي بیمې پروګرام (CHIP) [Children's Health Insurance Program (CHIP)]</p> <p><input type="checkbox"/> په ښوونځي کې وړیا/ارزان خواره (Free/reduced price school meals)</p> <p><input type="checkbox"/> د ټولنیز امنیت په برخه کې د معلولیت بیمه (SSDI) یا د معلولیت لرونکو اشخاصو لپاره تادیات (SSDI) or disability payments (Social Security Disability Insurance (SSDI) or disability payments)</p> <p><input type="checkbox"/> هېڅ یو (None)</p>	<p><input type="checkbox"/> نور حکومتي پروګرامونه (ټول هغه موارد چې د تطبیق وړ دي، انتخاب کړئ) [Other Government Programs (select all that apply)]</p> <p><input type="checkbox"/> هغه کورنۍ چې TANF ترلاسه کوي د TEFAP لپاره په شرایطو برابرې دي (Households that receive TANF are eligible for TEFAP)</p> <p><input type="checkbox"/> هغه یو کسیزه کورنۍ چې SSI یا Medicaid ترلاسه کوي، هغوی هم د TEFAP لپاره په شرایطو برابرې دي (Single-person households that receive SSI or Medicaid are also eligible for TEFAP).</p> <p><input type="checkbox"/> TANF یا نغدي مرسته (TANF or cash assistance)</p> <p><input type="checkbox"/> د اضافي امنیت عواید (SSI) [Supplemental Security Income (SSI)]</p> <p><input type="checkbox"/> Medicaid</p> <p><input type="checkbox"/> Medicare</p> <p><input type="checkbox"/> ښځې، نوي زېږېدلي ماشومان او لوی ماشومان (WIC) [Women, Infants, and Children (WIC)]</p> <p><input type="checkbox"/> ټولنیز امنیت (Social Security)</p> <p><input type="checkbox"/> کارکونکو سره د غرامت په برخه کې مرسته (Worker's Compensation)</p>
<p>* کورنۍ عواید (Household Income):</p> <p>په اونۍ کې (per week) \$ _____ یا (OR) په میاشت کې (per month) \$ _____ یا (OR) په کال کې (per year) \$ _____</p> <p>نماینده/وکالت: آیا داسې کوم څوک شته چې تاسو لپاره خواره چمتو کړي؟ (Proxy: Is there someone else who may pick up food for you) _____</p> <p>نوم (Name): _____ د تلفون شمېره (Phone Number): _____</p>	
<p>د فدرال د مدني حقونو د قانون په اساس او همدارنګه د متحده ایالاتو د کرنې وزارت (USDA) د مدني حقونو د مقرراتو او پالیسیو په اساس، دغه انستیتیوت د توکم، نژاد، ملیت، جنسیت (په شمول د جنسیتي هویت او جنسي تمایل)، معلولیت، عمر، یا د مدني حقونو د فعالیت لپاره له انتقام یا متقابل عمل په اساس له هر ډول تبعیض څخه منع دی. د پروګرام په اړه معلومات کېدې شي له انګلیسي ژبې سر بېرته په پله ژبه کې هم چمتو کړل شي. هغه معلولیت لرونکي کسان چې د پروګرام په اړه د معلوماتو د ترلاسه کولو لپاره د ارتباطاتو بدیلو ذریعو ته اړتیا لري (لکه برېلي خط، لوی چاپي خط، غریزي پیټي، د امریکایي نښو ژبه)، باید له مسئول ایالت یا هغې محلي اېجنسی سره چې د پروګرام د مدیریت چارې مخ ته وړي یا د USDA له TARGET مرکز سره په (202) 720-2600 شمېره (غږ او TTY) اړیکه ونیسي یا د فدرال د ریلې خدماتو له لارې له USDA سره په (800) 833-877 شمېره اړیکه ونیسي. د پروګرام اړوند د تبعیض په هکله د شکایت د ثبتولو لپاره، شکایت کوونکی باید AD-3027 فورمه، د USDA پروګرام د تبعیض د شکایت فورمه ډکه کړي چې کولای شي له لاندې لېنک څخه یې ترلاسه کړي: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20PComplaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf</p> <p>همدارنګه کولای شي د USDA له هر دفتر څخه یې (866) 9992-632 شمېرې ته په زنگ و هلو سره یا د USDA په پته د لیک د لیکلو له لارې ترلاسه کړي. په لیک کې باید د شکایت کوونکي نوم، پته، د تلفون شمېره، او د ادعا شوي تبعیض لیکلی تفصیل له کافي توضیح سره ولیکل شي ترڅو د بشري حقونو لپاره مرستیال سکرتډر (ASCR) ته د بشري حق د ادعا شوي سرغړونې د ماهیت او نېټې په اړه خبر ورکړل شي. ډکه شوي AD-3027 فورمه یا لیک باید په لاندې پته USDA ته وسپارل شي (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:</p>	
<p>1. پست (Mail): U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410 ;</p> <p>2. فکس (Fax): (833) 256-1665 یا (202) 690-7442، یا (or);</p> <p>3. ایمېل (Email): Program.Intake@usda.gov</p>	

دغه انستیتیوت د مساوي فرصتونو چمتو کوونکی دی (This institution is an equal opportunity provider)

غه پوښتنې انتخابي دي او ستاسو د TEFAP په خدماتو به هېڅ اغېز و نه لري. (The following questions are optional and will not impact your TEFAP service). هر ډول معلومات چې تاسو غواړئ چمتو يې کړئ، يوازې د ټولني لپاره زموږ د خدماتو د بهبود په موخه به کارول کيږي (Any information you choose to provide will only be used to improve our services to the community).

ايمېل آدرس (Email Address): _____
 *د تلفون شمېره (Phone Number): _____
 د ايمېل له لارې د اړيکې نيولو تائيد (OK to contact via email)
 د تلفون له لارې د اړيکې نيولو تائيد (OK to contact via phone)
 د ارتباطاتو ترجيحي مېتود (Preferred method of communication):
 پيغام (Text) تلفوني اړيکه (Call) ايمېل (Email)

*د زېږون نېټه (Date of Birth): ____/____/____ (مياشت/ورځ/کال) يا عمر (Age) [(MM/DD/YYYY) or Age]: _____

جنسيت (Gender):
 نارينه (Male)
 مڼس نرېنځي/بنځينه نرېنځي (Trans Female / Trans Woman)
 مجهول الهويته جنسيت (Gender non-conforming)
 بنځينه (Female)
 مڼکر نرېنځي/نارينه نرېنځي (Trans Male / Trans Man)
 هېڅ يو له دې (None of these)
 نر بنځي (Transgender)
 بي دوه جنسيته (Non-binary)
 نه پوهېږم/نه غواړم ځواب ورکړم (Don't know / Prefer not to answer)

*نژاد/توکم (ټول هغه موارد چې د تطبيق وړ دي غوره کړئ) (Race / Ethnicity (choose all that apply)):
 سپين پوستي (White)
 آسيایي (Asian)
 د هاوايي اصلي اوسېدونکي يا د آرام سمندر د پاوگانو اوسېدونکي (Native Hawaiian or Other Pacific Islander)
 اسپانوي، د لاتيني امريکا يا اسپانيا اوسېدونکي (Hispanic, Latino, or Spanish)
 امريکايي هندو يا د الاسکال اصلي اوسېدونکي (American Indian or Alaska Native)
 تور پوستي يا افريقايي الاصله امريکايي (Black or African American)
 د منځني ختيځ اوسېدونکي يا د شمالي افريقا اوسېدونکي (Middle Eastern or North African)
 ځيني نور نژادونه او توکونه (Some other race or ethnicity)
 نه پوهېږم/نه غواړم ځواب ورکړم (Don't know / Prefer not to answer)

ترجېي ژبه (ژبي) (Preferred Language(s)):
 انگليسي (English)
 اسپانوي (Spanish)
 ايتوپيايي رسمي ژبه (Amharic)
 ویتنامي (Vietnamese)
 عربي (Arabic)
 نور موارد (Other): _____
 فرانسوي (French)
 کوريایي (Korean)
 ماندرين (Mandarin)
 آیا د ژباړې خدماتو ته اړتيا لری؟ (Do you need translation services?)
 هو (Yes)
 نه (No)

د کورنۍ غړي (Household Members):
 د خپل خان په استثنی، د خپلي کورنۍ د ټولو غړو لپاره لاندې معلومات چمتو کړئ (Provide the following information for all other people in your household, not including yourself).

نوم (First Name)	تخلص (Last Name)	د زېږون نېټه يا عمر (Date of Birth or Age)	جنس (Gender)	نژاد (Ethnicity)

غذايي ملاحظات (Dietary Considerations):
 د لږ قندياتو لرونکي خواړه/د ټيټې کچې کاربوهايډرېټ لرونکي خواړه ("د مناسبې کچې شکر") [Low-sugar / Low-carb ("diabetes-friendly")]
 له گلایينو خالي (Gluten-free)
 گیاه خوړونکی (Vegetarian)
 د خوړو سره حساس (Food allergen): _____
 د ټيټې کچې سوډيم/د ټيټې کچې اشباع شوي شهميات ("د زړه لپاره صحی") [Low-sodium / low-saturated fat ("heart healthy")]
 حلال (Kosher)
 مناسب پر هېز/د غاښونو په اړه اندېښنې (Soft diet / dental concerns)
 حلال (Halal)
 هغه شخص چې له حیواني محصولاتو/لبنیاتو استفاده نه کوي (Vegan)
 محدود/د پخلي له تجهیزاتو پرته (Limited / no cooking equipment)
 نور موارد (Other): _____
 له محدودیت پرته (No restrictions)
 نه پوهېږم/نه غواړم ځواب ورکړم (Don't know / prefer not to answer)

نظامي حالت يا په پوځ کې د خدمت حالت (Military Status):
 آیا ستاسو په کورنۍ کې کوم کس لکه تاسو خپله يا کوم بل شخص د امريکا متحده ايالاتو په په وسلوالو ځواکونو کې فعاله دنده لري؟ په فعاله دنده کې د امريکا متحده ايالاتو په وسلوال پوځ کې دنده او همدارنگه په منظره ځواک يا ملي گارد کې فعاله دنده شاملېدلې شي (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).
 هو، په تېره کې د فعالې دنده په اړه، خو اوسنی دنده نه (Yes, on active duty in the past, but not now)
 هو، د اوسني فعالې دنده په اړه (Yes, now on active duty)
 نه، هېڅکله له اساسي/بنیادي روزنې پرته د فعالې دندې په اړه (No, never on active duty except for initial/basic training)
 نه پوهېږم/نه غواړم ځواب ورکړم (Don't know / Prefer not to answer)
 نه، هېڅکله مې د امريکا متحده ايالاتو په وسلوال پوځ کې دنده نه ترسره کړې (No, never served in the U.S. Armed Forces)