

تنها برای استفاده کارکنان (FOR STAFF USE ONLY):

Service
Insights
DC TEFAP



شماره بارکد (Barcode #): _____

فرم پذیرش برنامه Service Insights لطفاً با حروف جدا از هم و خوانا بنویسید (Service Insights Intake Form – Please Print Clearly)

*تاریخ (Date): _____

(Highlighted fields are required) *فیلدهای هایلایت شده الزامی هستند

*نام (First Name): _____		*نام خانوادگی (Last Name): _____	
*آدرس (Address): _____		*شهر (City): _____	
*ایالت (State): _____		*کد پستی (ZIP): _____	
*بخش (Ward): _____ <input type="checkbox"/> بدون آدرس ثابت (No Fixed Address)			
*کل تعداد افراد خانواده (Total Number of People in Household): _____			
*آیا فردی در خانواده شما عضو برنامه تکمیلی کمک غذایی (SNAP) که به اسم برنامه فود استمپ نیز معروف است می باشد <input type="checkbox"/> بله (Yes) <input type="checkbox"/> خیر (No) <input type="checkbox"/> اطلاعات ندارم/ترجیح می دهم پاسخ ندهم (Don't know / prefer not to answer)		*آیا در خانواده شما کسی در حال حاضر SNAP (که به اسم فود استمپ نیز شناخته می شود) دریافت می کند؟ (Is anyone in your household currently receiving SNAP, also known as food stamps?) خانواده هایی که SNAP دریافت می کنند واجد شرایط TEFAP هستند (Households that receive SNAP are eligible for TEFAP) دیگر برنامه های دولتی (تمامی گزینه های مرتبط را انتخاب کنید) [Other Government Programs (select all that apply)] خانواده هایی که TANF دریافت می کنند واجد شرایط TEFAP هستند (Households that receive TANF are eligible for TEFAP). خانواده های یک نفر که Medicaid دریافت می کنند واجد شرایط TEFAP هستند (Households of one person who receive Medicaid are eligible for TEFAP) <input type="checkbox"/> کمک موقت به خانواده های نیازمند (TANF) یا دریافت کمک نقدی (TANF or cash assistance) <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> کمک هزینه تکمیلی معیشتی (SSI) [Supplemental Security Income (SSI)] <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> برنامه زنان، کودکان و نوزادان (WIC) [Women, Infants, and Children (WIC)] <input type="checkbox"/> برنامه تأمین اجتماعی (Social Security) <input type="checkbox"/> بیمه از کار افتادگی کارگران (Worker's Compensation) <input type="checkbox"/> برنامه تخفیف مالیاتی بر درآمد کسب شده (EITC) یا دیگر تخفیف های مالیاتی قابل استرداد (Earned Income Tax Credit (EITC) or other refundable tax credit)	
*درآمد خانواده (Household Income): _____ دلار در هفته (per week) یا (OR) _____ دلار در ماه (per month) یا (OR) _____ دلار در سال (per year)			
نماینده: آیا نماینده ای دارید که غذا را برای شما تحویل بگیرد؟ (Proxy: Is there someone else who may pick up food for you?) نام (Name): _____ شماره تماس (Phone Number): _____			
<p>بر اساس قانون حقوق مدنی فدرال و مقررات و سیاست های حقوق مدنی وزارت کشاورزی ایالات متحده آمریکا (USDA)، تبعیض قائل شدن بر اساس نژاد، رنگ، ملیت، جنسیت (شامل هویت جنسیتی و تمایلات جنسی)، نژاد و سن یا انتقام گرفتن یا تلافی کردن به دلیل فعالیت حقوق مدنی قبلی، برای این نهاد ممنوع است. اطلاعات برنامه ممکن است به زبان های دیگری به جز انگلیسی در دسترس قرار بگیرند. اشخاص دچار ناتوانی که نیازمند روش های جایگزین ارتباطی برای دریافت اطلاعات برنامه هستند (مثل بریل، چاپ حروف درشت، نوار صوتی، زبان اشاره آمریکا) باید با سازمان ایالتی یا محلی مسئولی که اداره کننده برنامه است یا با مرکز تارگت USDA با شماره تلفن 2600-720 (202) (صوت و تله تایپ) یا با USDA از طریق سرویس رله فدرال به شماره 8339-877 (800) تماس بگیرند. به منظور ثبت شکایت تبعیض در برنامه، فرد شاکی باید یک فرم AD-3027، فرم شکایت تبعیض در برنامه USDA، را تنظیم کند که در این آدرس به صورت آنلاین: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20PComplaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf در هر یک از دفاتر USDA یا از طریق تماس تلفنی با 9992-632 (866) یا با ارسال نامه به USDA قابل دسترسی خواهد بود. نامه مذکور باید دربرگیرنده نام، آدرس و شماره تلفن شاکی و شرحی مکتوبی از اقدام تبعیضی نسبت داده شده با جزئیات کافی برای مطلع کردن دستیار دبیر حقوق مدنی (ASCR) از ماهیت و تاریخ تخلف حقوق مدنی نسبت داده شده، باشد. فرم AD-3027 تکمیل شده یا نامه باید از طریق زیر به USDA تسلیم شود.</p> <p>(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):</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 2. فکس: (833) 256-1665 یا (202) 690-7442، یا (833) 256-1665 (202) یا (202) 690-7442، یا (833) 256-1665 3. ایمیل (Emai): Program.Intake@usda.gov</p>			
این نهاد یک ارائه دهنده فرصت برابر است (This institution is an equal opportunity provider).			

پاسخ دادن به سوالات زیر اختیاری است و خدماتی را که از برنامه کمک غذایی اضطراری دریافت می‌کنید تحت تأثیر قرار نمی‌دهد.
 هر اطلاعاتی که به انتخاب خود ارائه کنید فقط برای ارتقاء خدمات ما برای جامعه مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

The following questions are optional and will not impact your TEFAP service.)
 .(Any information you choose to provide will only be used to improve our services to the community.

***فیلدهای هایلایت شده بیشترین کمک را به ما می‌کند تا به شما خدمات بهتری ارائه دهیم! (Highlighted fields will help us the most to serve you better !)**

آدرس ایمیل (Email Address) _____ (Phone Number) شماره تماس _____
 تماس با اینجانب از طریق ایمیل مشکلی ندارد (OK to contact via email) تماس با اینجانب از طریق تلفن مشکلی ندارد (OK to contact via phone) تلفن همراه ندارم (No phone)
 روش ارتباطی انتخابی (Preferred method of communication) تکست (Text) تماس تلفنی (Call) ایمیل (Email)

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

***جنسیت (Gender)**
 مذکر (Male) مونث (Female) ترنس (Transgender)
 ترنس مونث/ترنس زن (Trans Female / Trans Woman) ترنس مذکر/ترنس مرد (Trans Male / Trans Man) نان‌باینری (Non-binary)
 جنسیت نامنطبق (Gender non-conforming) هیچ‌کدام (None of these) اطلاعی ندارم/ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم (Don't know / Prefer not to answer)

***نژاد/قومیت (تمامی موارد مرتبط را انتخاب کنید) (Race / Ethnicity (choose all that apply))**
 سفید پوست (White) سیاه‌پوست یا آفریقایی آمریکایی (Black or African American)
 آسیایی (Asian) اهل خاورمیانه یا شمال آفریقا (Middle Eastern or North African)
 بومی هاوایی یا دیگر ساکنین جزایر اقیانوس آرام (Native Hawaiian or Other Pacific Islander) دیگر نژادها یا قومیت‌ها (Some other race or ethnicity)
 اسپانیایی، تبارهای آمریکای لاتین، اهل آمریکای لاتین یا اسپانیایی (Hispanic, Latino, or Spanish) اطلاعی ندارم/ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم (Don't know / Prefer not to answer)
 سرخ‌پوستان آمریکا یا بومی آلاسکا (American Indian or Alaska Native)

زبان(های) مد نظر برای تماس با شما (Preferred Language(s))
 انگلیسی (English) فرانسوی (French) ویتنامی (Vietnamese)
 اسپانیایی (Spanish) کره‌ای (Korean) عربی (Arabic)
 امهاری (Amharic) ماندارین (Mandarin) دیگر موارد (Other)
 آیا به خدمات ترجمه نیاز دارید؟ (Do you need translation services?)
 بله (Yes) خیر (No)

قابل توجه اعضای خانواده (Household Members)
 (Provide the following information for all other people in your household, not including yourself). به جز خودتان ارائه کنید.

نام (First Name)	نام خانوادگی (Last Name)	* تاریخ تولد یا سن (Date of Birth or Age)	جنسیت (Gender)	قومیت (Ethnicity)

*** جزئیات مرتبط به رژیم غذایی (Dietary Considerations)**
 قند/کربوهیدرات کم («مناسب افرادی دارای بیماری قند») [Low-sugar / Low-carb ("diabetes-friendly")]
 بدون گلوتن (Gluten-free)
 مخصوص افراد گیاهخوار (Vegetarian)
 حساسیت‌های غذایی (Food allergen): _____
 دارای نمک کم/چربی اشباع کم («سالم برای قلب») [Low-sodium / low-saturated fat ("heart healthy")]
 کوشر (Kosher)
 غذای نرم/موارد مرتبط با دندان (Soft diet / dental concerns)
 حلال (Halal)
 وِگَن (Vegan)
 دارای تجهیزات آشپزی محدود/بدون تجهیزات آشپزی (Limited / no cooking equipment)
 دیگر موارد (Other): _____
 بدون محدودیت (No restrictions)
 اطلاعی ندارم/ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم (Don't know / prefer not to answer)

سابقه نظامی (Military Status)
 آیا کسی در خانواده شما از جمله خود شما در نیروهای مسلح آمریکا خدمت تمام وقت کرده است؟ فعالیت تمام وقت به معنای خدمت در نیروهای مسلح آمریکا و فراخوانده شدن به خدمت تمام وقت از نیروهای ذخیره یا گارد ملی می‌باشد
 (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).

بله، قبلاً به صورت تمام وقت خدمت می‌کردم اما الان مشغول خدمت تمام وقت نیستم (Yes, on active duty in the past, but not now)
 بله، اکنون مشغول خدمت تمام وقت هستم (Yes, now on active duty)
 خیر، به جز آموزش ابتدایی/پایه اصلاً سابقه خدمت تمام وقت ندارم (No, never on active duty except for initial/basic training)
 خیر، هیچ‌وقت در نیروهای مسلح آمریکا خدمت نکرده‌ام (No, never served in the U.S. Armed Forces)
 اطلاعی ندارم/ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم (Don't know / Prefer not to answer)