



(Service)
(Insights)
DC TEFAP

(FOR STAFF USE ONLY):

(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): _____ |
| *구 (Ward): _____ | | <input type="checkbox"/> 고정된 주소 없음 (No Fixed Address) | |
| *가구내 총 인원수 (Total Number of People in Household) : _____ | | | |
| *가족 중에 푸드 스탬프로도 알려진 SNAP 혜택을 받고 있는 분이 있습니까? (Is anyone in your household currently receiving SNAP, also known as food stamps?) SNAP을 수령하는 가구는 TEFAP 자격이 있습니다 (Households that receive SNAP are eligible for TEFAP). | | <input type="checkbox"/> 예 (Yes) <input type="checkbox"/> 아니요 (No) <input type="checkbox"/> 모르겠다/ 답변하고 싶지 않다 (Don't know / prefer not to answer) | |
| 다른 정부 프로그램 (해당 사항 모두를 선택하십시오) [Other Government Programs (select all that apply)]. TANF를 수령하는 가구는 TEFAP 자격이 있습니다 (Households that receive TANF are eligible for TEFAP). Medicaid 혜택을 받는 1인 가구는 TEFAP 자격이 있습니다 (Households of one person who receive Medicaid are eligible for TEFAP). | | <input type="checkbox"/> 저소득 에너지 지원 프로그램 (LIHEAP) [Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)] <input type="checkbox"/> 실업 급여 (Unemployment) <input type="checkbox"/> 주택 보조 (Housing subsidies) <input type="checkbox"/> 퇴역 군인 지원 (Veteran's Assistance) <input type="checkbox"/> 상품 보충 식품 프로그램 (CSFP) [Commodity Supplemental Food Program (CSFP)] <input type="checkbox"/> 아동 건강 보험 프로그램 (CHIP) [Children's Health Insurance Program (CHIP)] <input type="checkbox"/> 무료/저가 학교 급식 (Free/reduced price school meals) <input type="checkbox"/> 사회보장 장애보험 (SSDI) 이나 장애 급여 (Social Security Disability Insurance (SSDI) or disability payments) <input type="checkbox"/> 없음 (None) | |
| <input type="checkbox"/> TANF 혹은 현금 지원 (TANF or cash assistance) <input type="checkbox"/> 메디케이드 (Medicaid) <input type="checkbox"/> 보충적 소득 보장 (SSI) [Supplemental Security Income (SSI)] <input type="checkbox"/> 메디케어 (Medicare) <input type="checkbox"/> 여성/신생아/어린이 (WIC) [Women, Infants, and Children (WIC)] <input type="checkbox"/> 사회보장 (Social Security) <input type="checkbox"/> 산재보험 (Worker's Compensation) <input type="checkbox"/> 세액공제 (EITC) 혹은 다른 환불 가능한 세액 공제 (Earned Income Tax Credit (EITC) or other refundable tax credit) | | | |
| *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): _____ | |
| <p>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 장애인들은 프로그램을 관리하는 담당 주 또는 지역 기관이나 USDA의 TARGET 센터 (202) 720- 2600 (음성 및 TTY) 으로 연락하거나 연방 중계 서비스 (800) 877-8339를 통해 USDA에 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) 632-9992으로 연락해서, 또는 USDA에 편지를 보내서 접수할 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 USDA에 제출해야 합니다:</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> | | | |
| 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.gov . | | | |

- 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)