

من أجل استخدام الموظفين فقط (FOR STAFF USE ONLY):

الخدمة (Service)

أفكار (Insights)

DC TEFAP



نموذج استلام الرؤى حول الخدمة - يرجى الطباعة بوضوح (Service Insights Intake Form - Please Print Clearly)

إن الحقول المظللة هي حقول مطلوبة (Highlighted fields are required)

التاريخ (Date):

الرمز الشريطي (Barcode #):

الاسم الأول (First Name):		الاسم الأخير (Last Name):	
العنوان (Address):		المدينة (City):	
الولاية (State):		الرمز البريدي (ZIP):	
البلدية (Ward):		يوجد عنوان ثابت (No Fixed Address) ☐	
إجمالي عدد الأشخاص المقيمين في منزلك (Total Number of People in Household):			
هل يتلقى أي فرد في منزلك حالياً برنامج SNAP، المعروف أيضاً باسم قسائم الطعام؟ (Is anyone in your household currently receiving SNAP, also known as food stamps?)			
الأسر التي تتلقى برنامج SNAP مؤهلة للحصول على برنامج TEFAP (Households that receive SNAP are eligible for TEFAP)			
البرامج الحكومية الأخرى (حدد كل ما ينطبق) (Other Government Programs (select all that apply)):			
الأسر التي تتلقى برنامج TANF مؤهلة للحصول على برنامج TEFAP (Households that receive TANF are eligible for TEFAP).			
الأسر المعيشية لشخص واحد يتلقى برنامج Medicaid مؤهلة للحصول على TEFAP (Households of one person who receive Medicaid are eligible for TEFAP).			
TANF أو المساعدة النقدية (TANF or cash assistance) ☐			
Medicaid ☐			
دخل الضمان التكميلي (SSI) (Supplemental Security Income (SSI)) ☐			
Medicare ☐			
النساء والرضع والأطفال (WIC) (Women, Infants, and Children (WIC)) ☐			
الضمان الاجتماعي (Social Security) ☐			
تعويضات العمال (Worker's Compensation) ☐			
ائتمان ضريبة الدخل المكتسب (EITC) أو ائتمانات ضريبية أخرى قابلة للاسترداد (Earned Income Tax Credit (EITC) or other refundable tax credit) ☐			
دخل الأسرة (Household Income):			
دولاراً في الأسبوع (per week) أو (OR) دولار شهرياً (per month) أو (OR) دولار في السنة (per year)			
الوكيل: هل ثمة شخص آخر قد يأتي للحصول على الطعام بالنيابة عنك؟ (Proxy: Is there someone else who may pick up food for you?)			
الاسم (Name):			
رقم الهاتف (Phone Number):			
وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يُحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس (بما في ذلك الهوية الجنسية والتوجه الجنسي) أو الإعاقة أو العمر أو الانتقام أو القصاص لأي نشاط سابق للحقوق المدنية. قد تتوفر معلومات البرنامج بلغات أخرى بخلاف الإنجليزية. يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج (مثل طريقة برايل، والطباعة الكبيرة، والشريط الصوتي، ولغة الإشارة الأمريكية)، الاتصال بالولاية المسؤولة أو الوكالة المحلية التي تدير البرنامج أو مركز TARGET التابع لوزارة الزراعة الأمريكية على الرقم 202.720.2600 (الصوت و TTY) أو الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية من خلال خدمة الترحيل الفيدرالية على الرقم 800.877.8339. لتقديم شكوى حول أي تمييز في البرنامج، يجب على المشتكي إكمال نموذج AD-3027 "نموذج شكوى التمييز في برنامج وزارة الزراعة الأمريكية" والذي يمكن تنزيله من الإنترنت من خلال الرابط: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20PCComplaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf أو الحصول عليه من أي مكتب لوزارة الزراعة الأمريكية، أو من خلال إرسال رسالة بريدية إلى الوزارة. ويجب أن تتضمن الرسالة اسم صاحب الشكوى وعنوانه ورقم هاتفه ووصف مكتوب للإجراء التمييزي المزعم بتهمة انتهاك الحقوق المدنية (ASCR) بطبيعة وتاريخ انتهاك الحقوق المدنية المزعم. يجب تقديم نموذج أو خطاب AD-3027 المكتمل إلى وزارة الزراعة الأمريكية عبر القنوات التالية (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%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: - البريد (Mail): U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410 - فاكس: (833) 256-1665 أو (202) 690-7442; أو (202) 7442-690 - البريد الإلكتروني (Email): Program.Intake@usda.gov هذه المؤسسة توفر تكافؤ الفرص (This institution is an equal opportunity provider).			

☐ لا، لم أخدم قط في القوات المسلحة الأمريكية (No, never served in the U.S. Armed Forces)