

صرف برای استفاده کارمند (FOR STAFF USE ONLY):

بارکود # (Barcode #):

خدمت (Service)

بینش (Insights)

DC TEFAP



بیشن خدمات ورودی فورم - لطفاً بشکل واضح چاپ کنید (Service Insights Intake Form - Please Print Clearly)

فیلدهای هایلایت ضروری هستند (Highlighted fields are required)

تاریخ (Date)

اسم (First Name):		تخل ص (Last Name):	
آدرس (Address):		شهر (City):	
ایالت (State):		کود پستی (ZIP):	
بخش (Ward):		نمبر ثابت آدرس (No Fixed Address) <input type="checkbox"/>	
تعداد مجموعی افراد در خانوار (Total Number of People in Household):			
آیا کسی در خانواده شما در حال حاضر SNAP که بنام کمک غذایی نیز یاد می شود، دریافت می کند؟ (Is anyone in your household currently receiving SNAP, also known as food stamps?)			
فامیل های که SNAP دریافت می کنند واجد شرایط TEFAP هستند (Households that receive SNAP are eligible for TEFAP).			
سایر برنامه های دولتی (لطفاً تمام موارد قابل تطبیق را انتخاب کنید) [Other Government Programs (select all that apply)]:			
فامیل های که TANF دریافت می کنند واجد شرایط TEFAP هستند (Households that receive TANF are eligible for TEFAP).			
فامیل 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"/> TANF یا مساعدت نقدی (TANF or cash assistance)			
<input type="checkbox"/> Medicaid			
<input type="checkbox"/> درآمد تامین تکمیلی (SSI)			
<input type="checkbox"/> [Supplemental Security Income (SSI)]			
<input type="checkbox"/> Medicare			
<input type="checkbox"/> برنامه زنان، نوزادان و اطفال، (WIC) [Women, Infants, and Children (WIC)]			
<input type="checkbox"/> تامین اجتماعی (Social Security)			
<input type="checkbox"/> غرامت کارگر (Worker's Compensation)			
<input type="checkbox"/> کراید مالیه بر درآمد کسب شده (EITC) یا سایر کراید مالیه قابل استرداد (Earned Income Tax Credit (EITC) or other refundable tax credit)			
درآمد خانواده (Household Income)			
\$ در هفته (per week)		\$ در ماه (per month)	
(OR) یا		(OR) یا	
\$ در سال (per year)			
وکیل: آیا کسی دیگری است که برای شما غذا بردارد؟ (Proxy: Is there someone else who may pick up food for you?)			
نام (Name):			
شماره تلفون (Phone Number):			
<p>مطابق با قانون فدرال حقوق مدنی و مقررات و پالیسی های حقوق مدنی وزارت کشاورزی ایالات متحده (USDA)، این مؤسسه از تبعیض به اساس نژاد، رنگ، متشاء ملی، جنسیت (بشمول هویت جنسی و گرایش جنسی)، معلولیت، عمر، یا معامله بالمثل یا تلافی برای فعالیت قبلی حقوق مدنی منع شده است. معلومات پروگرام ممکن است به لسان هایی غیر از انگلیسی در دسترس باشد. افراد دارای معلولیتی که برای به دست آوردن معلومات پروگرام به وسایط ارتباطی جایگزین ضرورت دارند (مانند خط بریل، چاپ بزرگ، نوار صوتی، لسان اشاره آمریکایی)، باید با ایالت مسئول یا ایجنسی محلی که پروگرام را مدیریت می کند یا مرکز TARGET USDA به نمبر (202) 2600-720 (صوتی و TTY) یا از طریق خدمات رله فدرال به نمبر (800) 8339-877 USDA تماس بگیرد. برای ثبت شکایت تبعیض در پروگرام، شاکلی باید فرم AD-3027، فرم شکایت تبعیض در پروگرام USDA را تکمیل کرد که می توانید آنها را به صورت آنلاین در آدرس ذیل: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20PCComplaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf، یا از هر دفتر USDA، با تماس با (866) 632-9992، یا با نوشتن نامه ای خطاب به USDA دریافت کنید. نامه باید حاوی نام، آدرس، نمبر تلفون شاکلی و شرح مکتوبی از اقدام تبعیض آمیز مورد ادعا با جزئیات کافی باشد تا در مورد ماهیت و تاریخ نقض ادعایی حقوق مدنی، به دستیار وزیر حقوق مدنی (ASCR) اطلاع دهد. فرم یا نامه تکمیل شده AD-3027 باید توسط به USDA ارسال 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%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):</p>			
1. نامه: دفتر وزارت کشاورزی ایالات متحده دستیار وزیر حقوق مدنی، سرک استقلال 1400، جنوب غربی واشنگتن، دی سی 20250-9410 (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 یا (202) 690-7442؛ یا (833) 256-1665 (Fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or (833) 256-1665)			
3. ایمیل: Program.Intake@usda.gov (Email: Program.Intake@usda.gov)			
این مؤسسه یک ارائه کننده فرصت برابر است (This institution is an equal opportunity provider).			

