یوازې د کارکوونکو د استفادې لپاره (FOR STAFF USE ONLY)

بار کود # (Barcode #): ______________________________

خدمات (Service)
بصيرتونه (Insights)
DC TEFAP

CAPITAL AREA FOOD BANK

د خدماتو په اړه د بصيرت ترلاسه کولو فورمه – مهرباني وکړئ پهروښانهتوګه درج کړئ (Service Insights Intake Form – Please Print Clearly)

روښانه شوي برخې اړينې دي (**Highlighted** fields are required)

نېټه (Date): ____________________

نوم (First Name): ______________________________ **تخلص (Last Name):** ______________________________

آدرس (Address): ______________________________ **ښار (City):** ________________ **ايالت (State):** _________ **ښاري کود (ZIP):** _________

کلمه (Ward): ______________________________ ☐ شمېره دقيق آدرس (No Fixed Address)

د کورنی د ټولو غړو شمېر (Total Number of People in Household): ________________

آیا په کورنۍ کې مو دمګړۍ داسې کوم څوک شته چې SNAP چې د خوراکي مرستو په نامه هم يادېږي، ترلاسه کوي؟ (Is anyone in your household currently receiving SNAP, also known as food stamps?)

هغه کورنۍ چې SNAP ترلاسه کوي د TEFAP لپاره په شرایطو برابرې دي (Households that receive SNAP are eligible for TEFAP)

☐ هو (Yes)
☐ نه (No)
☐ نه پوهېږم/نه غواړم ځواب ورکړم (Don't know / prefer not to answer)

نور حکومتي پروګرامونه (ټول هغه موارد چې د تطبيق وړ دي، انتخاب کړئ) [Other Government Programs (select all that apply)]:

هغه کورنۍ چې TANF ترلاسه کوي د TEFAP لپاره په شرایطو برابرې دي (Households that receive TANF are eligible for TEFAP)

د يوه کس د کورنۍ غړي چې Medicaid ترلاسه کوي، د TEFAP مستحق دي. (Households of one person who receive Medicaid are eligible for TEFAP)

☐ **TANF يا نغدي مرسته (TANF or cash assistance)**
☐ **Medicaid**
☐ د اضافي امنيت عوائد (SSI) [Supplemental Security Income (SSI)]
☐ Medicare
☐ ښځې، نوي زېږېدلي ماشومان او لوی ماشومان (WIC) [Women, Infants, and Children (WIC)]
☐ ټولنيز امنيت (Social Security)
☐ کارکوونکو سره د غرامت په برخه کې مرسته (Worker's Compensation)
☐ په عائداتو باندې د مالياتو اعتبار (EITC) يا نور بيا تاديه کېدونکي اعتبارات (Earned Income Tax Credit (EITC) or other refundable tax credit)
☐ د ټيټې کچې عائد لرونکو اشخاصو لپاره د کورنۍ انرژۍ په برخه کې د مرستي پروګرام (LIHEAP) [Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)]
☐ بې روزګاري (Unemployment)
☐ د استوګنځي په برخه کې مرسته (Housing subsidies)
☐ د عسکري خدمت مرسته (Veteran's Assistance)
☐ د توکو په برخه کې د بشپړي غذا مرسته (CSFP) [Commodity Supplemental Food Program (CSFP)]
☐ د ماشومانو لپاره د روغتيايي بيمې پروګرام (CHIP) [Children's Health Insurance Program (CHIP)]
☐ په ښوونځي کې وړيا/ارزانه خواړه (Free/reduced price school meals)
☐ د ټولنيز امنيت په برخه کې د معلوليت بيمه (SSDI) يا د معلوليت لرونکو اشخاصو لپاره تاديات (Social Security Disability Insurance (SSDI) or disability payments)
☐ هيڅ يو (None)

کورني عوائد (Household Income):

په اونۍ کې (per week) $ ________________ **يا (OR)** په مياشت کې (per month) $ ___________ **يا (OR)** په کال کې (per year) $ _________

نمايده/وکالت: آيا داسې کوم څوک شته چې تاسو لپاره خواړه چمتو کړي؟ (Proxy: Is there someone else who may pick up food for you?)

نوم (Name): ______________________________ د تلفون شمېره (Phone Number): ______________________________

د فدرال د مدني حقونو د قانون په اساس او همدارنګه د متحده ايالاتو د کرنې وزارت (USDA) د مدني حقونو د مقرراتو او پالیسیو په اساس، دغه انستيتيوت د توکم، نژاد، مليت، جنيست (په شمول د جنسيتي هويت او جنسی تمايل)، معلوليت، عمر، يا د مدني حقونو د فعاليت لپاره له انتقام يا متقابل عمل په اساس له هر ډول تبعيض څخه منعه دی. د پروګرام په اړه معلومات کېدی شي له انګليسي ژبې سربېره په بله ژبه کې هم چمتو کړل شي. هغه معلوليت لرونکي کسان چې د پروګرام په اړه د معلوماتو د ترلاسه کولو لپاره د ارتباطاتو بديلو ذريعو ته اړتيا لري (لکه برېلي خط، لوی چاپي خط، غږيزې پيټې، د امريکايي نښو ژبه)، بايد له مسئول ايالت يا هغې محلي ابجنسۍ سره چې د پروګرام د مديريت چارې مخ ته وړي يا د USDA له TARGET مرکز سره په (202) 720-2600 شمېره (غږ او TTY) اړيکه ونيسي يا د فدرال د ريلې خدماتو له لارې له USDA سره په (800) 877-8339 شمېره اړيکه ونيسي. د پروګرام اړوند د تبعيض په هکله د شکايت د ثبتولو لپاره، شکايت کوونکی بايد AD-3027 فورمه، د USDA پروګرام د تعبيض د شکايت فورمه ډکه کړي چې کولای شئ له لاندې لېنک څخه يې ترلاسه کړئ: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20PComplaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf، همدارنګه کولای شئ د USDA له هر دفتر څخه يې (866) 632-9992 شمېرې ته په زنګ وهلو سره يا د USDA په پته د ليک د ليکلو له لارې ترلاسه کړئ. په ليک کې بايد د شکايت کوونکي نوم، پته، د تلفون شمېره، او د ادعا شوي تبعيض ليکلی تفصيل له کافي توضيح سره وليکل شي ترڅو د بشري حقونو لپاره مرستيال سکرتر (ASCR) ته د بشري حق د ادعا شوي سرغړونې د ماهيت او نېټې په اړه خبر ورکړل شي. ډکه شوې AD-3027 فورمه يا ليک بايد 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):

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 يا (202) 690-7442، يا [Fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or)]
3. ايميل (Email): Program.Intake@usda.gov.

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

دغه پوښتنې انتخابي دي او ستاسو دTEFAP په خدماتو به هیڅ اغېز و نه لري.
هر ډول معلومات چې تاسو غواړئ چمتو یې کړئ، یوازې د ټولنې لپاره زموږ د خدماتو د بهبود په موخه به کارول کیږي .

(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.)

(**Highlighted** fields will help us the most to serve you better!) هایلایټ شوې برخې تاسو د خدمت کولو لپاره له موږ سره تر ټولو ډېره مرسته کوي!

ایمیل آدرس (Email Address): ________________________________ **د تلفون شمېره (Phone Number):** ________________________________

□ د ایمیل له لارې د اړیکې نیولو تائید (OK to contact via email) □ د تلفون له لارې د اړیکو نیولو تائیدي (OK to contact via phone) □ د تلفون له لارې نه (No phone)

د ارتباطاتو ترجیحي مېتود (Preferred method of communication): □ پیغام (Text) □ تلفوني اړیکه (Call) □ ایمیل (Email)

د زیږون نېټه (Date of Birth): ___________ / _____ / _____ (میاشت/ورځ/کال) [(MM/DD/YYYY)] یا **عمر (or Age)** ___________________

جنسیت (Gender):

□ نارینه (Male) □ ښځینه (Female) □ نر ښځی (Transgender)

□ مؤنس نرښځی/ښځینه نرښځی (Trans Female / Trans Woman) □ مذکر نرښځی/نارینه نرښځی (Trans Male / Trans Man) □ بې دوه جنسیته (Non-binary)

□ مجهول الهؤیته جنسیت (Gender non-conforming) □ هیڅ یو له دې (None of these) □ نه پوهیږم/نه غواړم ځواب ورکړم (Don't know / Prefer not to answer)

نژاد/توکم (ټول هغه موارد چې د تطبیق وړ دي غوره کړئ) [Race / Ethnicity (choose all that apply)]

□ سپین پوستی (White)
□ آسیایي (Asian)
□ د هاوایي اصلي اوسېدونکی یا د آرام سمندر د ټاپوګانو اوسېدونکی (Native Hawaiian or Other Pacific Islander)
□ اسپانوی, د لاتیني امریکا یا اسپانیا اوسېدونکی (Hispanic, Latino, or Spanish)
□ امریکایي هندو یا د الاسکا اصلي اوسېدونکی (American Indian or Alaska Native)
□ تورپوستی یا افریقایي الاصله امریکایي (Black or African American)
□ د منځنیې ختیځ اوسېدونکی یا د شمالي افریقا اوسېدونکی (Middle Eastern or North African)
□ ځینې نور نژادونه او توکمونه (Some other race or ethnicity)
□ نه پوهیږم/نه غواړم ځواب ورکړم (Don't know / Prefer not to answer)

ترجیحي ژبه (ژبې) [(Preferred Language(s)]:

□ انګلیسي (English) □ فرانسوي (French) □ ویتنامي (Vietnamese)
□ اسپانوي (Spanish) □ کوریایي (Korean) □ عربي (Arabic)
□ ایتوپیایي رسمي ژبه (Amharic) □ ماندرین (Mandarin) □ نور موارد (Other): ___________

آیا د ژباړې خدماتو ته اړتیا لرئ؟ (Do you need translation services?)
□ هو (Yes)
□ نه (No)

د کورنۍ غړي (Household Members):
د خپل ځان په استثنی، د خپلې 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 زیږون نېټه یا عمر (Date of Birth or Age)**	جنس (Gender)	نژاد (Ethnicity)

غذايي ملاحظات (Dietary Considerations):

□ د لږ قندیاتو لرونکي خواړه/د ټیټې کچې کاربوهایدریټ لروني خواړه ("د مناسبې کچې شکر") [Low-sugar / Low-carb ("diabetes-friendly")]
□ له ګلاټینو خالي (Gluten-free)
□ ګیاه خوړونکی (Vegetarian)
□ د خوړو سره حساس (Food allergen): ________________
□ د ټیټې کچې سودیم/ د ټیټې کچې اشباع شوي شهمیات ("د زړه لپاره صحی") [Low-sodium / low-saturated fat ("heart healthy")]
□ حلال (Kosher)
□ مناسب پرهېز/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 پوهیږم/نه غواړم ځواب ورکړم (Don't know / prefer not to answer)

نظامي حالت یا په پوځ کې د خدمت حالت (Military Status):
آیا ستاسو په کورنۍ کې کوم کس لکه تاسو خپله یا کوم بل شخص د امریکا متحده ایالاتو په وسلوالو ځواکونو کې فعاله دنده لري؟ په فعاله دنده کې د امریکا متحده ایالاتو په وسلوال پوځ کې دنده او همدارنګه په منتظره ځواک یا ملي ګارډ کې فعاله دنده شاملیدل 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 دندې په اړه، خو اوسنی دنده نه (Yes, on active duty in the past, but not now)
□ هو، د اوسنی فعالې دندې 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 پوهیږم/نه غواړم ځواب ورکړم (Don't know / Prefer not to answer)
□ نه، هېڅکله مې د امریکا متحده ایالاتو په وسلوال پوځ کې دنده نه ده ترسره کړې (No, never served in the U.S. Armed Forces)