



Serviço (Service)

Insights

DC TEFAP

APENAS PARA USO PELA EQUIPE (FOR STAFF USE ONLY):

Código de barras # (Barcode #): _____

Formulário de recebimento de insights de serviço - imprima com clareza (Service Insights Intake Form – Please Print Clearly)

Os campos destacados são obrigatórios (Highlighted fields are required)

Data (Date): _____

Primeiro nome (First Name): _____ **Sobrenome (Last Name):** _____

Endereço (Address): _____ **Cidade (City):** _____ **Estado (State):** _____ **CEP (ZIP):** _____

Distrito (Ward): _____ ☐ Sem endereço fixo (No Fixed Address)

Número total de pessoas que moram no domicílio (Total Number of People in Household): _____

Alguém em sua casa recebe atualmente o SNAP, também chamado de vale-refeição? (Is anyone in your household currently receiving SNAP, also known as food stamps?)

☐ Sim (Yes) ☐ Não (No)
☐ Não sabe/prefere não responder (Don't know / prefer not to answer)

Famílias que recebem SNAP são elegíveis para receber o TEFAP (Households that receive SNAP are eligible for TEFAP).

Outros programas governamentais (selecione todos os que se aplicam) [Other Government Programs (select all that apply)]:
Famílias que recebem TANF são elegíveis para TEFAP (Households that receive TANF are eligible for TEFAP).

Famílias de uma pessoa que recebem Medicaid são elegíveis para o TEFAP (Households of one person who receive Medicaid are eligible for TEFAP).

- ☐ **TANF ou assistência em dinheiro (TANF or cash assistance)**
☐ **Medicaid**
☐ Renda de segurança suplementar (SSI) [Supplemental Security Income (SSI)]
☐ Medicare
☐ Mulheres, bebês e crianças (WIC) [Women, Infants, and Children (WIC)]
☐ Seguridade social (Social Security)
☐ Compensação do trabalhador (Worker's Compensation)
☐ Crédito de imposto de renda ganho (EITC) ou outros créditos fiscais reembolsáveis (Earned Income Tax Credit (EITC) or other refundable tax credit)

- ☐ Programa de assistência à energia residencial de baixa renda (LIHEAP) [Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)]
☐ Desemprego (Unemployment)
☐ Subsídios habitacionais (Housing subsidies)
☐ Assistência ao veterano (Veteran's Assistance)
☐ Programa de alimentos suplementares de commodities (CSFP) [Commodity Supplemental Food Program (CSFP)]
☐ Programa de seguro de saúde infantil (CHIP) [Children's Health Insurance Program (CHIP)]
☐ Refeições escolares gratuitas/a preço reduzido (Free/reduced price school meals)
☐ Seguro de invalidez da seguridade social (SSDI) ou pagamentos por invalidez (Social Security Disability Insurance (SSDI) or disability payments)
☐ Nenhum (None)

Renda familiar (Household Income):

\$ _____ por semana (per week) **OU (OR)** \$ _____ por mês (per month) **OU (OR)** \$ _____ por ano (per year)

Representante: Há mais alguém que possa pegar comida para você? (Proxy: Is there someone else who may pick up food for you?)

Nome (Name): _____ **Número de telefone (Phone Number):** _____

De acordo com a lei federal de direitos civis e os regulamentos e políticas de direitos civis do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA), esta instituição está proibida de discriminar com base em raça, cor, origem nacional, sexo (incluindo identidade de gênero e orientação sexual), deficiência, idade, ou represália ou retaliação por atividades anteriores de direitos civis. As informações do programa podem ser disponibilizadas em outros idiomas além do inglês. Pessoas com deficiência que necessitam de meios alternativos de comunicação para obter informações sobre o programa (por exemplo, Braille, letras grandes, fita de áudio, linguagem de sinais americana) devem entrar em contato com a agência estadual ou local responsável que administra o programa ou com o TARGET Center do USDA em (202) 720- 2600 (voz e TTY) ou entre em contato com o USDA através do Federal Relay Service pelo telefone (800) 877-8339. Para registrar uma reclamação de discriminação no programa, o reclamante deve preencher o Formulário AD-3027, Formulário de reclamação de discriminação no programa do USDA, que pode ser obtido on-line em: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20PComplaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, de qualquer escritório do USDA, ligando para (866) 632-9992 ou escrevendo uma carta endereçada ao USDA. A carta deve conter o nome, endereço, número de telefone do reclamante e uma descrição escrita da alegada ação discriminatória com detalhes suficientes para informar o Secretário Adjunto para os Direitos Civis (ASCR) sobre a natureza e a data de uma alegada violação dos direitos civis. O formulário AD-3027 preenchido ou carta deve ser enviado ao USDA por: (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. Correio (Mail): U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410;
2. Fax: (833) 256-1665 ou (202) 690-7442, ou Fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or]
3. E-mail: Program.Intake@usda.gov.

Esta instituição é um fornecedor de oportunidades iguais (This institution is an equal opportunity provider).

As perguntas a seguir são opcionais e não afetarão seu serviço TEFAP.
Qualquer informação que você decidir fornecer será usada apenas para melhorar nossos serviços à comunidade.
(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.)
Os campos destacados nos ajudarão a atendê-lo melhor! (Highlighted fields will help us the most to serve you better!)

Endereço de e-mail (Email Address): _____

☐ Permito entrar em contato por e-mail (OK to contact via email)

Número de telefone (Phone Number): _____

☐ Permito entrar em contato via telefone ☐ Sem telefone (No phone)
(OK to contact via phone)

Método preferido de comunicação (Preferred method of communication):

☐ Texto (Text) ☐ Chamada (Call) ☐ E-mail (Email)

Data de nascimento (Date of Birth): ____ / ____ / ____ (MM/DD/AAAA) [(MM/DD/YYYY)] ou **Idade (or Age):** _____

Gênero (Gender):

- ☐ Masculino (Male) ☐ Feminino (Female) ☐ Transgênero (Transgender)
☐ Mulher trans (Trans Female / Trans Woman) ☐ Homem trans (Trans Male / Trans Man) ☐ Não binário (Non-binary)
☐ Gênero fora de conformidade (Gender non-conforming) ☐ Nenhum desses (None of these) ☐ Não sabe/prefero não responder (Don't know / Prefer not to answer)

Raça/etnia (escolha todas que se aplicam) [Race / Ethnicity (choose all that apply)]:

- ☐ Branco (White) ☐ Negro ou afro-americano (Black or African American)
☐ Asiático (Asian) ☐ Oriente médio ou norte da África (Middle Eastern or North African)
☐ Nativo havaiano ou outro ilhéu do Pacífico (Native Hawaiian or Other Pacific Islander) ☐ Alguma outra raça ou etnia (Some other race or ethnicity)
☐ Hispânico, latino ou espanhol (Hispanic, Latino, or Spanish) ☐ Não sabe/prefero não responder (Don't know / Prefer not to answer)
☐ Índio americano ou nativo do Alasca (American Indian or Alaska Native)

Idioma(s) preferido(s) [Preferred Language(s)]:

- ☐ Inglês (English) ☐ Francês (French) ☐ Vietnamita (Vietnamese) ☐ Precisa de serviços de tradução? (Do you need translation services?)
☐ Espanhol (Spanish) ☐ Coreano (Korean) ☐ Árabe (Arabic) ☐ Sim (Yes)
☐ Amárico (Amharic) ☐ Mandarim (Mandarin) ☐ Outro (Other): _____ ☐ Não (No)

Membros da família (Household Members):

Forneça as seguintes informações para todas as outras pessoas que moram no domicílio, não incluindo você
(Provide the following information for all other people in your household, not including yourself).

Primeiro nome (First Name)	Sobrenome (Last Name)	Data de nascimento ou Idade (Date of Birth or Age)	Gênero (Gender)	Etnia (Ethnicity)

Considerações dietéticas (Dietary Considerations):

- ☐ Baixo teor de açúcar/baixo teor de carboidratos ("amigo do diabetes") [Low-sugar / Low-carb ("diabetes-friendly")]
☐ Não contém glúten (Gluten-free)
☐ Vegetariano (Vegetarian)
☐ Alérgeno alimentar (Food allergen): _____
☐ Baixo teor de sódio/baixo teor de gordura saturada ("coração saudável") [Low-sodium / low-saturated fat ("heart healthy")]
☐ Kosher (Kosher)
☐ Dieta leve/preocupações com os dentes (Soft diet / dental concerns)
☐ Halal (Halal)
☐ Vegano (Vegan)
☐ Limitado/sem equipamento de cozinha (Limited / no cooking equipment)
☐ Outro (Other): _____
☐ Sem restrições (No restrictions)
☐ Não sabe/prefero não responder (Don't know / prefer not to answer)

Status militar (Military Status):

Alguém em sua casa, incluindo você, serviu na ativa nas Forças Armadas dos EUA? O serviço ativo inclui o serviço nas Forças Armadas dos EUA, bem como a ativação da Reserva ou da Guarda Nacional (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).

- ☐ Sim, serviço ativo no passado, mas não agora (Yes, on active duty in the past, but not now) ☐ Não, nunca na ativa, exceto para treinamento (No, never on active duty except for initial/basic training)
☐ Sim, atualmente na ativa (Yes, now on active duty) ☐ Não sabe/prefero não responder (Don't know / Prefer not to answer)
☐ Não, nunca serviu nas Forças Armadas dos EUA (No, never served in the U.S. Armed Forces)