



**Service
Insights
DC TEFAP**

PARA USO DEL PERSONAL ÚNICAMENTE (FOR STAFF USE ONLY):

Número del código de barras (Barcode #): _____

Formulario de admisión para Service Insights: complete los campos en letra de imprenta clara (Service Insights Intake Form – Please Print Clearly)

Los campos resaltados son obligatorios (Highlighted fields are required)

Fecha (Date): _____

Nombre (First Name): _____ **Apellido (Last Name):** _____
Dirección (Address): _____ **Ciudad (City):** _____ **Estado (State):** _____ **Código postal (ZIP):** _____
Distrito (Ward): _____ ☐ Sin dirección fija (No Fixed Address)

Cantidad total de personas que conforman el hogar (Total Number of People in Household): _____

¿Algún miembro del hogar recibe actualmente los beneficios del programa SNAP, también llamados “cupones de alimentos” (Is anyone in your household currently receiving SNAP, also known as food stamps?)
Los hogares que reciben los beneficios del Programa SNAP son elegibles para el programa TEFAP (Households that receive SNAP are eligible for TEFAP).

☐ Sí (Yes) ☐ No (No)
☐ No lo sé/prefiero no responder (Don't know / prefer not to answer)

Otros programas gubernamentales (seleccione todas las opciones que correspondan)
[Other Government Programs (select all that apply)]:
Los hogares que reciben los beneficios del Programa TANF son elegibles para el programa TEFAP (Households that receive TANF are eligible for TEFAP).
Los hogares de una sola persona que reciben Medicaid son elegibles para el TEFAP (Households of one person who receive Medicaid are eligible for TEFAP).

☐ Programa de Asistencia para Gastos de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) [Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)]
☐ Desempleo (Unemployment)
☐ Subsidios para viviendas (Housing subsidies)
☐ Asistencia para veteranos (Veteran's Assistance)
☐ Programa de Alimentación Suplementaria de Productos Básicos (CSFP) [Commodity Supplemental Food Program (CSFP)]
☐ Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP) [Children's Health Insurance Program (CHIP)]
☐ Comidas escolares gratis o con valor reducido (Free/reduced price school meals)
☐ Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI) o pagos por discapacidad (Social Security Disability Insurance (SSDI) or disability payments)
☐ Ninguno (None)

- ☐ **TANF o asistencia en efectivo (TANF or cash assistance)**
☐ **Medicaid**
☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) [Supplemental Security Income (SSI)]
☐ Medicare
☐ Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) [Women, Infants, and Children (WIC)]
☐ Seguro Social (Social Security)
☐ Indemnización laboral (Worker's Compensation)
☐ Crédito Tributario por Ingreso del Trabajo (EITC) u otros créditos tributarios reembolsables (Earned Income Tax Credit (EITC) or other refundable tax credit)

Ingresos del hogar (Household Income):

\$ _____ por semana (per week) **O BIEN (OR)** \$ _____ por mes (per month) **O BIEN (OR)** \$ _____ por año (per year)

Representante: ¿Autorizó a otra persona para que recoja los alimentos en su nombre? (Proxy: Is there someone else who may pick up food for you?)

Nombre (Name): _____ **Número de teléfono (Phone Number):** _____

De conformidad con las leyes federales de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución no puede discriminar sobre la base de la raza, el color, la nacionalidad, el sexo (que incluye la identidad de género y la orientación sexual), una discapacidad, la edad o represalias por cualquier actividad de derechos civiles anterior. Es posible que la información del programa esté disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que necesiten recibir la información del programa a través de medios de comunicación alternativos (p. ej., braille, letra de imprenta grande, cinta de audio, lengua de señas estadounidense) deben comunicarse con la agencia local o estatal a cargo de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY), o con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Para presentar un reclamo por discriminación en el marco del programa, el denunciante deberá completar un Formulario AD-3027, que es el formulario de reclamos por discriminación relacionados con un programa del USDA, y que puede obtenerse ingresando en <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20PCComplaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, acudiendo a cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe incluir el nombre del denunciante, su dirección y número de teléfono, y una descripción lo suficientemente detallada de la supuesta acción discriminatoria para informarle al subsecretario de derechos civiles (ASCR) la naturaleza de la supuesta violación de derechos civiles y la fecha en que ocurrió. Debe presentar el Formulario AD-3027 completado o la carta ante el USDA utilizando la siguiente información (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%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):

1. Correo (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 o (202) 690-7442, o (Fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or)
3. Correo electrónico (Email): Program.Intake@usda.gov.

Esta es una institución que ofrece igualdad de oportunidades (This institution is an equal opportunity provider).

**Las siguientes preguntas son opcionales, y los servicios del programa TEFAP no se verán afectados si decide responderlas.
La información que decida brindarnos solo se utilizará para mejorar los servicios que le brindamos a la comunidad.**

(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.)

¡Los campos destacados nos ayudarán a prestarle un mejor servicio! (Highlighted fields will help us the most to serve you better!)

Dirección de correo electrónico (Email Address): _____

Número de teléfono (Phone Number): _____

☐ Pueden comunicarse conmigo por correo electrónico (OK to contact via email)

☐ Pueden comunicarse conmigo por teléfono (OK to contact via phone)

☐ No tengo teléfono (No phone)

Método de comunicación de preferencia (Preferred method of communication):

☐ Mensaje de texto (Text)

☐ Llamada (Call)

☐ Correo electrónico (Email)

Fecha de nacimiento (Date of Birth): ____ / ____ / ____ (MM/DD/AAAA) [(MM/DD/YYYY)] o **Edad (or Age):** _____

Género (Gender):

☐ Hombre (Male)

☐ Mujer (Female)

☐ Transgénero (Transgender)

☐ Mujer trans o transfemenina (Trans Female / Trans Woman)

☐ Hombre trans o transmasculino (Trans Male / Trans Man)

☐ No binario (Non-binary)

☐ Género no conforme (Gender non-conforming)

☐ Ninguno de los anteriores (None of these)

☐ No lo sé/prefiero no responder (Don't know / Prefer not to answer)

Raza/etnia (elijá todas las opciones que correspondan) [Race / Ethnicity (choose all that apply)]:

☐ Blanco/a (White)

☐ Negro/a o afroamericano/a (Black or African American)

☐ Asiático/a (Asian)

☐ Norteafricano/a o de Oriente Medio (Middle Eastern or North African)

☐ Nativo/a de Hawái o isleño/a del Pacífico (Native Hawaiian or Other Pacific Islander)

☐ Otra raza o etnia (Some other race or ethnicity)

☐ Hispano/a, latino/a o español(a) (Hispanic, Latino, or Spanish)

☐ No lo sé/prefiero no responder (Don't know / Prefer not to answer)

☐ Amerindio/a o nativo/a de Alaska (American Indian or Alaska Native)

Idioma(s) de preferencia [Preferred Language(s)]:

☐ Inglés (English)

☐ Francés (French)

☐ Vietnamita (Vietnamese)

¿Necesita que le proporcionemos servicios de traducción? (Do you need translation services?)

☐ Español (Spanish)

☐ Coreano (Korean)

☐ Árabe (Arabic)

☐ Amárico (Amharic)

☐ Chino mandarín (Mandarin)

☐ Otro (Other): _____

☐ Sí (Yes)

☐ No (No)

Miembros del hogar (Household Members):

Brinde la siguiente información por cada persona que conforme su hogar, excepto usted (Provide the following information for all other people in your household, not including yourself).

Nombre (First Name)	Apellido (Last Name)	Fecha de nacimiento (Date of Birth or Age)	Género (Gender)	Etnia (Ethnicity)

Consideraciones alimentarias (Dietary Considerations):

☐ Dieta baja en azúcares/dieta baja en carbohidratos (apta para personas diabéticas) [Low-sugar / Low-carb ("diabetes-friendly")]

☐ Dieta libre de gluten (Gluten-free)

☐ Dieta vegetariana (Vegetarian)

☐ Alergia alimentaria (Food allergen): _____

☐ Dieta baja en sodio/dieta baja en grasas saturadas (apta para personas con problemas cardíacos) [Low-sodium / low-saturated fat ("heart healthy")]

☐ Alimentos *kosher* (Kosher)

☐ Alimentos blandos/problemas bucales (Soft diet / dental concerns)

☐ Alimentos *halal* (Halal)

☐ Dieta vegana (Vegan)

☐ Limitaciones/sin utensilios para cocinar (Limited / no cooking equipment)

☐ Otro (Other): _____

☐ Sin restricciones (No restrictions)

☐ No lo sé/prefiero no responder (Don't know / prefer not to answer)

Condición militar (Military Status):

¿Alguna persona de su hogar, incluido/a usted, sirvió como militar activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Un militar activo es cualquier persona que haya servido en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, así como cualquier persona que haya entrado en servicio activo desde la Reserva o la Guardia 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).

☐ Sí, una persona de mi hogar sirvió como militar activo en el pasado, pero ya no (Yes, on active duty in the past, but not now)

☐ Sí, una persona de mi hogar sirve como militar activo (Yes, now on active duty)

☐ Una persona de mi hogar recibió la capacitación inicial/básica, pero nunca sirvió como militar activo (No, never on active duty except for initial/basic training)

☐ No lo sé/prefiero no responder (Don't know / Prefer not to answer)

☐ No, ninguna persona de mi hogar sirvió en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos (No, never served in the U.S. Armed Forces)