



**Service
Insights
DC TEFAP**

ЛИШЕ ДЛЯ ПЕРСОНАЛУ (FOR STAFF USE ONLY):

№ штрих-коду (Barcode #): _____

Форма реєстрації Service Insights – для чіткого роздрукування (Service Insights Intake Form – Please Print Clearly)

Виділені поля обов'язкові для заповнення (**Highlighted** fields are required)

Дата (Date): _____

Ім'я (First Name): _____ **Прізвище (Last Name):** _____
Адреса (Address): _____ **Місто (City):** _____ **Область (State):** _____ **Поштовий індекс (ZIP):** _____
Район (Ward): _____ ☐ Немає постійної адреси (No Fixed Address)

Загальна кількість людей в домогосподарстві (Total Number of People in Household): _____

Чи хтось із членів вашої родини отримує наразі SNAP, що також називається талонами на харчування? (Is anyone in your household currently receiving SNAP, also known as food stamps?)
Домогосподарства, які отримують SNAP мають право на отримання TEFAP (Households that receive SNAP are eligible for TEFAP).

☐ Так (Yes) ☐ Ні (No)
☐ Не знаю/Не хочу відповідати (Don't know / prefer not to answer)

Інші державні програми (виберіть усе дотичне) [Other Government Programs (select all that apply)]:
Домогосподарства, які отримують TANF мають право на отримання TEFAP (Households that receive TANF are eligible for TEFAP).
Домогосподарства з однієї особи, які отримують Medicaid, мають право на отримання TEFAP (Households of one person who receive Medicaid are eligible for TEFAP).

- ☐ Програма енергетичної допомоги для сімей із низьким доходом (LIHEAP) [Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)]
- ☐ Допомога через безробіття (Unemployment)
- ☐ Житлові субсидії (Housing subsidies)
- ☐ Допомога ветеранам (Veteran's Assistance)
- ☐ Програма постачання додаткових продуктів харчування (CSFP) [Commodity Supplemental Food Program (CSFP)]
- ☐ Програма дитячого медичного страхування (CHIP) [Children's Health Insurance Program (CHIP)]
- ☐ Безкоштовне/пільгове шкільне харчування (Free/reduced price school meals)
- ☐ Соціальне страхування на випадок інвалідності (SSDI) або виплати через інвалідність (Social Security Disability Insurance (SSDI) or disability payments)
- ☐ Жодного (None)

- ☐ **TANF** або грошова допомога (TANF or cash assistance)
- ☐ **Medicaid**
- ☐ Додатковий соціальний дохід (SSI) [Supplemental Security Income (SSI)]
- ☐ Medicare
- ☐ Допомога жінкам, немовлятам і дітям (WIC) [Women, Infants, and Children (WIC)]
- ☐ Соціальне забезпечення (Social Security)
- ☐ Компенсація робітникам (Worker's Compensation)
- ☐ Податкове зарахування на зароблений прибуток (EITC) або інші податкові зарахування, що підлягають відшкодуванню (Earned Income Tax Credit (EITC) or other refundable tax credit)

Доходи домогосподарства (Household Income):

\$ _____ на тиждень (per week) **АБО (OR)** \$ _____ а місяць (per month) **АБО (OR)** \$ _____ на рік (per year)

Посередник: Чи може забирати для вас їжу хтось інший? (Proxy: Is there someone else who may pick up food for you?)

Ім'я та прізвище (Name): _____ **Номер телефону (Phone Number):** _____

Відповідно до федерального закону про громадянські права та політики Міністерства сільського господарства США (USDA), цій установі заборонено дискримінувати на основі раси, кольору шкіри, національного походження, статі (включаючи гендерну ідентичність та сексуальну орієнтацію), інвалідності, віку або вдаватися до репресій чи помсти за попередню діяльність у сфері захисту цивільних прав. Інформація про програму може бути доступна іншими мовами, на додачу до англійської. Особам із обмеженими можливостями, які потребують альтернативних засобів зв'язку для отримання інформації про програму (наприклад, шрифт Брайля, великий друк, аудіозапис, американська мова жестів) слід зв'язатися з відповідальним державним або місцевим агентством, яке керує програмою або центром TARGET USDA за телефоном (202) 720-2600 (голосове повідомлення і телетайп) або зв'язатися з USDA через Федеральну службу комутованих повідомлень за телефоном (800) 877-8339. Щоб подати скаргу на дискримінацію за програмою, особа, яка подає скаргу, має заповнити форму AD-3027, форму скарги щодо дискримінації за програмою USDA, яку можна завантажити онлайн за посиланням: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20PCComplaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, отримати від будь-якого офісу USDA, за телефоном (866) 632-9992, або написавши листа на адресу USDA. Лист повинен містити ім'я та прізвище особи, яка подає скаргу, її адресу, номер телефону та письмовий опис заявленої дискримінаційної дії, достатньо детальний для повідомлення помічника секретаря з цивільних прав (ASCR) про характер і дату заявленого порушення цивільних прав. Заповнену форму або лист AD-3027 слід подати до USDA одним із таких способів (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. Пошта (Mail): U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410;

2. Факс: (833) 256-1665 або (202) 690-7442, або (Fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or)

3. Ел. пошта (Email): Program.Intake@usda.gov.

Ця установа надає рівні можливості для всіх (This institution is an equal opportunity provider).

Наступні запитання є необов'язковими та не вплинуть на ваше обслуговування TEFAP.
 Будь-яка інформація, яку ви вирішите надати, буде використовуватися лише для поліпшення послуг, які ми надаємо спільноті.
(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.)
Виділені підсвіткою поля допоможуть нам покращити якість вашого обслуговування! **(Highlighted fields will help us the most to serve you better!)**

Будь-яка інформація, яку ви вирішите надати, буде використовуватися лише для поліпшення послуг, які ми надаємо спільноті.
(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.)
Виділені підсвіткою поля допоможуть нам покращити якість вашого обслуговування! (Highlighted fields will help us the most to serve you better!)

Адреса електронної пошти (Email Address): _____

☐ Можна зв'язуватися електронною поштою (OK to contact via email)

Бажаний спосіб спілкування (Preferred method of communication):

☐ СМС (Text) ☐ Виклик телефоном (Call) ☐ Ел. пошта (Email)

Дата народження (Date of Birth): ____ / ____ / ____ (ДД/ММ/РРРР) [(ММ/ДД/YYYY)] або **Вік (or Age):** ____

Стать (Gender):

☐ Чоловік (Male)
 ☐ Жінка (Female)
 ☐ Трансгендер (Transgender)

☐ Транс-жінка (Trans Female / Trans Woman)
 ☐ Транс-чоловік (Trans Male / Trans Man)
 ☐ Небінарна особа (Non-binary)

☐ Невідповідність статі (Gender non-conforming)
 ☐ Жодне з цього (None of these)
 ☐ Не знаю/Не хочу відповідати (Don't know / Prefer not to answer)

Раса/етнічна приналежність (виберіть усе, що підходить) [Race / Ethnicity (choose all that apply)]:	
☐ Європеоїдна (White)	☐ Афроамериканська (Black or African American)
☐ Азіатська (Asian)	☐ Близькосхідна або північно-африканська (Middle Eastern or North African)
☐ Корінний житель Гавайських островів або інших островів Тихого океану (Native Hawaiian or Other Pacific Islander)	☐ Інша раса чи етнічна приналежність (Some other race or ethnicity)
☐ Латиноамериканська або іспанська (Hispanic, Latino, or Spanish)	☐ Не знаю/Не хочу відповідати (Don't know / Prefer not to answer)
☐ Американський індіанець або абориген Аляски (American Indian or Alaska Native)	

Бажана(-и) мова(-и) [Preferred Language(s)]:

☐ Англійська (English)	☐ Французька (French)	☐ В'єтнамська (Vietnamese)	Чи потрібні вам послуги перекладу? (Do you need translation services?)
☐ Іспанська (Spanish)	☐ Корейська (Korean)	☐ Арабська (Arabic)	
☐ Амхарська (Amharic)	☐ мандаринська (Mandarin)	☐ Інше (Other): _____	
			☐ Tak (Yes)
			☐ Hi (No)

Члени домогосподарства (Household Members):
Надайте таку інформацію для всіх інших людей у вашому домогосподарстві, **за виключенням вас самих** (Provide the following information for all other people in your household, not including yourself).

Ім'я (First Name)	Прізвище (Last Name)	День народження або вік (Date of Birth or Age)	Стать (Gender)	Етнічна приналежність (Ethnicity)

Дієтичні аспекти (Dietary Considerations): ☐ З низьким вмістом цукру/вуглеводів («для профілактики діабету») [Low-sugar / Low-carb (“diabetes-friendly”)] ☐ Без глютену (Gluten-free) ☐ Вегетаріанська (Vegetarian) ☐ Алергія на харчові продукти (Food allergen): _____ ☐ З низьким вмістом натрію/низьким вмістом насичених жирів («корисна для серця») [Low-sodium / low-saturated fat (“heart healthy”)] ☐ Кошерна (Kosher)	☐ М'які продукти/проблеми із зубами (Soft diet / dental concerns) ☐ Халяльна (Halal) ☐ Веганська (Vegan) ☐ Обмеження/немає обладнання для приготування їжі (Limited / no cooking equipment) ☐ Інше (Other): _____ ☐ Жодних обмежень (No restrictions) ☐ Не знаю/Не хочу відповідати (Don't know / prefer not to answer)
--	--

Військовий статус (Military Status):

Чи хтось із вашої родини, включно з вами, проходив дійсну службу у Збройних силах США? Дійсна служба включає службу в Збройних силах США, а також призов із резерву або Національної гвардії (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).

☐ Так, у минулому був на дійсній службі, але не зараз (Yes, on active duty in the past, but not now)

☐ Так, зараз на дійсній службі (Yes, now on active duty)

☐ Ні, ніколи не був на дійсній службі, за винятком початкової/базової підготовки (No, never on active duty except for initial/basic training)

☐ Не знаю/Не хочу відповідати (Don't know / Prefer not to answer)

☐ Ні, ніколи не служив у збройних силах США (No, never served in the U.S. Armed Forces)