

من أجل استخدام الموظفين فقط (FOR STAFF USE ONLY):

الخدمة (Service)

أفكار (Insights)

مبادرة (Initiative)



نموذج استلام رؤى الخدمة - يرجى الطباعة بوضوح التاريخ (Please Print Clearly - Service Insights Intake Form): التاريخ (Date):

الأسئلة المطلوبة مظلمة بخط عريض (Required Questions are bold)

الاسم الأول (First name):		الاسم الأخير (Last name):		
تاريخ الولادة (Date of Birth):		العمر (Age):		
الجنس (Gender):		OR		
☐ ذكر (Male)		☐ أنثى (Female)		
☐ أنثى متحولة / امرأة متحولة (Trans Female/Trans Woman)		☐ رجل متحول (Trans Male/Trans Man)		
☐ غير مطابق لجنس (Gender non-conforming)		☐ لا أعرف / أفضل عدم الإجابة (Don't Know / Prefer not to answer)		
العرق / الإثنية (اختر كل ما ينطبق) (Race / Ethnicity (choose all that apply))				
☐ أبيض (White)				
☐ أسوي (Asian)				
☐ من الشرق الأوسط أو شمال إفريقيا (Middle Eastern or North African)				
☐ من سكان هاواي الأصليين أو غيرهم المحيط الهادئ من سكان الجزر (Native Hawaiian or Other Pacific Islander)				
☐ بعض الأعراق أو الإثنيات الأخرى (Some other race or ethnicity)				
☐ لا أعرف / أفضل عدم الإجابة (Don't Know / Prefer not to answer)				
العنوان (Address):		العنوان (السطر 2) [(Address (Line 2))]:		
المدينة (City):		الرمز البريدي (ZIP Code):		
المقاطعة أو البلدية (County or Ward):		الولاية (State):		
☐ لا يوجد عنوان ثابت (No fixed address)				
عنوان البريد الإلكتروني (Email Address):		رقم الهاتف (Phone number):		
☐ أنا موافق على التواصل عبر البريد الإلكتروني (Ok to contact via email)		☐ أنا موافق على التواصل عبر الهاتف (Ok to contact via phone)		
☐ ما هي طريقة الاتصال التي تفضلها؟ (What method of communication do you prefer?)		☐ من دون الهاتف (No phone)		
الرسائل النصية (Text) ☐ الاتصال الهاتفي (Call) ☐ البريد الإلكتروني (Email) ☐				
اللغة (اللغات) المفضلة (Preferred Language(s))				
☐ الإنجليزية (English)				
☐ الإسبانية (Spanish)				
☐ الكورية (Korean)				
☐ العربية (Arabic)				
☐ الأمهرية (Amharic)				
☐ أخرى (Other):				
هل تحتاج إلى خدمات الترجمة؟ (Do you need translation services?)				
☐ نعم (Yes) ☐ لا (No)				
أفراد الأسرة - قدم المعلومات التالية لجميع الأفراد الآخرين الذين يعيشون في الأسرة (HOUSEHOLD MEMBERS - Provide the following information for all other members living in the household)				
الاسم الأول (First Name)	الكنية (Last Name)	تاريخ الميلاد (Date of Birth (Month/Day/Year) OR Age)	الجنس (Gender)	العرق (Ethnicity)

الوكيل: هل ثمة شخص آخر قد يأتي للحصول على الطعام بالنيابة عنك؟ (Proxy: Is there someone else who may pick up food for you?) الاسم الأول (First name): _____ الاسم الأخير (Last name): _____ رقم الهاتف (Phone number): _____	
هل يتلقى أي فرد في منزلك حالياً برنامج SNAP، المعروف أيضاً باسم قسائم الطعام؟ (Is anyone in your household currently receiving SNAP, also known as food stamps?) ☐ نعم (Yes) ☐ لا (No) ☐ لا أعرف / أفضل عدم الإجابة (Don't know / Prefer not to answer)	
البرامج الحكومية الأخرى (حدد كل ما ينطبق) [Other Government Programs (select all that apply)]	
☐ وجبات مدرسية مجانية / بسعر مخفض (Free/reduced price school meals) ☐ ائتمان ضريبة الدخل المكتسب (EITC) أو ائتمانات ضريبية أخرى قابلة للاسترداد (Earned Income Tax Credit (EITC) or other refundable tax credits) ☐ برنامج المساعدة في فواتير المرافق المنزلية لذوي الدخل المنخفض (LIHEAP) [Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)] ☐ إعانات البطالة (Unemployment) ☐ تعويضات العمال (Worker's Compensation) ☐ دعم الإسكان (Housing subsidies) ☐ مساعدة المحاربين القدامى (Veteran's Assistance) ☐ برنامج الأغذية التكميلية السلعية (Commodity Supplemental Food Program)	☐ TANF أو المساعدة النقدية (TANF or cash assistance) ☐ النساء والرضع والأطفال (WIC) [Women, Infants, and Children (WIC)] ☐ الضمان الاجتماعي (Social Security) ☐ دخل الضمان التكميلي (SSI) [Supplemental Security Income (SSI)] ☐ تأمين الإعاقة للضمان الاجتماعي (SSDI) أو مدفوعات العجز (Social Security Disability Insurance (SSDI) or disability payments) ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP) [Children's Health Insurance Program (CHIP)]
دخل الأسرة شهرياً (Household Monthly Income): ☐ أقل من 500\$ (Less than \$500) ☐ 500\$ – 999\$ ☐ 1,000\$ – 1,999\$ ☐ 2,000\$ – 2,999\$ ☐ 3,000\$ – 3,999\$ ☐ 4,000\$ أو أكثر (\$4,000 or more) ☐ لا أعرف / أفضل عدم الإجابة (Don't know / Prefer not to answer)	
الحالة العسكرية (Military Status): ☐ نعم، في الخدمة الفعلية في الماضي، ولكن ليس الآن (Yes, on active duty in the past, but not now) ☐ نعم، حالياً في الخدمة الفعلية (Yes, now on active duty) ☐ لا، لست في الخدمة الفعلية أبداً باستثناء التدريب الأولي / الأساسي (No, never on active duty except for initial/basic training) ☐ لا أعرف / أفضل عدم الإجابة (Don't know / Prefer not to answer) ☐ لا، لم أخدم قط في القوات المسلحة الأمريكية (No, never served in the U.S. Armed Forces)	
اعتبارات غذائية (Dietary Considerations): ☐ منخفض السكر / منخفض الكربوهيدرات ("مناسب لمرض السكري") ☐ منخفض الصوديوم / منخفض الدهون المشبعة ("صحي للقلب") ☐ خالي من الغلوتين (Gluten-free) ☐ نباتي (Vegetarian) ☐ مسببات الحساسية الغذائية (Food allergen) ☐ لا قيود (No restrictions)	
ملاحظات: قم بتضمين أي معلومات تريد منا أن نعرفها. أمثلة: "أنا أبحث عن حفاضات." "نحن بحاجة إلى طعام حيوانات أليفة" (Notes: include any information you would like us to know. Examples: "Looking for diapers." "We need dog food.")	
وعد CAFB فيما يتعلق بالبيانات (THE CAFB DATA PROMISE) سوف نتعامل معك ومع معلوماتك بكرامة واحترام. (We will treat you and your information with dignity and respect.) سنحافظ على معلوماتك آمنة ومأمونة. (We will keep your information safe and secure.) سنستخدم هذه المعلومات فقط لتقديم خدمات أفضل لك. (We will only use this information to provide better services for you.)	