

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

خدمات (Service)

بصیرتونه (Insights)

اساسي (Initiative)



د خدماتو په اړه د بصیرت ترلاسه کولو فورمه – مهربانيو کړئ نېټه پېر وېشانه توه (Service Insights Intake Form – Please Print Clearly) درج کړئ (Date):

(Required questions are bold) غوښتل شوي پوښتنې په نښه شوې دي

اصلینوم (First name):		تخلص (Last name):		
د زیږون نېټه (Date of Birth):		عمر (Age):		
جنسیت (Gender):				
☐ نارینه (Male) ☐ ښځینه (Female) ☐ نر ښځی (Transgender) ☐ مؤنښ نر ښځی/ښځینه نر ښځی (Trans Female/Trans Woman) ☐ مېځ یو له دې (None of these) ☐ نه پوهېږم/نه غواړم ځواب ورکړم (Don't Know / Prefer not to answer) ☐ بې دوه جنسیته (Non-binary) ☐ مجهول الهویته جنسیت (Gender non-conforming)				
نژاد/توکم (Race / Ethnicity (choose all that apply))				
☐ سپین پوستی (White) ☐ اسپانوی، د لاتینې امریکا یا اسپانیا اوسېدونکی (Hispanic, Latino, or Spanish) ☐ تورپوستی یا افریقایي الاصله امریکایي (Black or African America) ☐ آسیایي (Asian) ☐ امریکایي هندو یا د الاسکا اصلي اوسېدونکی (American Indian or Alaska Native) ☐ د منځني ختیځ اوسېدونکی یا د شمالي افریقا اوسېدونکی (Middle Eastern or North African) ☐ د هاوایي اصلي اوسېدونکی یا د آرام سمندر د پاوگانو اوسېدونکی (Native Hawaiian or Other Pacific Islander) ☐ ځینې نور نژادونه او توکمونې (Some other race or ethnicity) ☐ نه پوهېږم/نه غواړم ځواب ورکړم (Don't Know / Prefer not to answer)				
آدرس (Address):				
ښار (City):				
ایالت (State):				
ښاري کوډ (ZIP Code):				
هېواد یا ولسوالی (County or Ward):				
☐ شمېره دقیق آدرس (No fixed address)				
ایمېل آدرس (Email Address):				
د ایمېل له لارې د اړیکې نیولو تائید (Ok to contact via email)				
د تلفون شمېره (Phone number):				
د تلفون له لارې د اړیکو نیولو تائید (Ok to contact via phone)				
د اړیکو نیولو کوم ډول ته ترجیح ورکړئ؟ (What method of communication do you prefer?)				
☐ پیغام (Text) ☐ تلفوني اړیکه (Call) ☐ ایمېل (Email)				
ترجېحي ژبه (ژبې) (Preferred Language(s)):				
☐ انګلیسي (English) ☐ اسپانوي (Spanish) ☐ کوریایي (Korean) ☐ عربي (Arabic) ☐ ایتوپیايي رسمي ژبه (Amharic) ☐ نورې ژبې (Other)				
آیا د ژباړې خدماتو ته اړتیا لرئ؟ (Do you need translation services?)				
☐ نه (No) ☐ هو (Yes)				
د کورنۍ غړي - د کورنۍ د نورو هغو غړو لپاره چې په یاده کورنۍ کې ژوند کوي لاندې معلومات چمتو کړئ (HOUSEHOLD MEMBERS - Provide the following information for all other members living in the household)				
نوم (First Name)	تخلص (Last Name)	د زیږون نېټه (Date of Birth (Month/Day/Year) OR Age)	جنس (Gender)	نژاد (Ethnicity)

نماینده/وکالت: آیا داسې کوم څوک شته چې تاسو لپاره خواړه چمتو کړي؟ (Proxy: Is there someone else who may pick up food for you?) اصلینوم (First name): _____ تخلص (Last name): _____ د تلفون شمېره (Phone number): _____	
آیا په کورنۍ کې مو دمګړۍ داسې کوم څوک شته چې SNAP چې د خوراکي مرستو په نامه هم یادېږي، ترلاسه کوي؟ (Is anyone in your household currently receiving SNAP, also known as food stamps?) ☐ هو (Yes) ☐ نه (No) ☐ نه پوهېږم/نه غواړم ځواب ورکړم (Don't know / Prefer not to answer)	
نور حکومتی پروګرامونه (ټول هغه موارد چې د تطبیق وړ دي، انتخاب کړئ) [Other Government Programs (select all that apply)]	
☐ د ماشومانو لپاره د روغتيايي بیمې پروګرام (CHIP) ([Children's Health Insurance Program (CHIP)]) ☐ په ښوونځي کې وړیا/ارزانې خواړه (Free/reduced price school meals) ☐ په عايداتو باندې د مالیاتو اعتبار (EITC) یا نور بیا تادیه کېدونکي اعتبارات (Earned Income Tax Credit (EITC) or other refundable tax credits) ☐ د ټیټې کچې عائد لرونکو اشخاصو لپاره د کورنۍ انرژي په برخه کې د مرستې پروګرام (LIHEAP) [Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)] ☐ بې روزګاري (Unemployment) ☐ کارکوونکو سره د غرامت په برخه کې مرسته (Worker's Compensation) ☐ د استوګنځي په برخه کې مرسته (Housing subsidies) ☐ د عسکري خدمت مرسته (Veteran's Assistance) ☐ د توکو په برخه کې د بشپړې غذا مرسته (Commodity Supplemental Food Program)	☐ TANF یا نغدې مرسته (TANF or cash assistance) ☐ ښځې، نوي زېږېدلي ماشومان او لوی ماشومان (WIC) [Women, Infants, and Children (WIC)] ☐ ټولنیز امنیت (Social Security) ☐ د اضافي امنیت عوائد (SSI) [Supplemental Security Income (SSI)] ☐ د ټولنیز امنیت په برخه کې د معلولیت بیمه (SSDI) یا د معلولیت لرونکو اشخاصو لپاره تادیات (Social Security Disability Insurance (SSDI) or disability payments) ☐ Medicare ☐ Medicaid
د کورنۍ میاشتني عوائد (Household Monthly Income): ☐ صفر (Zero) ☐ تر 500\$ کم (Less than \$500) ☐ 500\$ – 999\$ ☐ 1,000\$ – 1,999\$ ☐ 2,000\$ – 2,999\$ ☐ 3,000\$ – 3,999\$ ☐ 4,000\$ یا تر هغې ډېر (\$4,000 or more) ☐ نه غواړم ځواب ورکړم (Don't know / Prefer not to answer)	
نظامي حالت یا په پوځ کې د خدمت حالت (Military Status): ☐ هو، په تېره کې د فعالې دنده په اړه، خو اوسنۍ دنده نه (Yes, on active duty in the past, but not now) ☐ هو، د اوسنۍ فعالې دنده 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 پوهېږم/نه غواړم ځواب ورکړم (Don't know / Prefer not to answer) ☐ نه، هېڅکله مې د امریکا متحده ایالاتو په وسلوالو پوځ کې دنده نه ده ترسره کړې (No, never served in the U.S. Armed Forces)	
غذايي ملاحظات (Dietary Considerations): ☐ د لږ قندباتو لرونکي خواړه/د ټیټې کچې کاربوهایډرېټ لرونې خواړه ("د مناسبې کچې شکر") [Low-sugar / low-carb ("diabetes-friendly")] ☐ له ګلاټینو خالي (Gluten-free) ☐ ګیاخوړونکی (Vegetarian) ☐ د خوړو سره حساس (Food allergen): _____ ☐ له محدودیت پرته (No restrictions) ☐ نور موارد (Other): _____	
یادونې: که چېرې هر ډول معلومات چې موږ یې باید په اړه پوه شو لرو، نو درج یې کړئ. مثالونه: "د پیمرونو لپاره په تمه." "موږ د سېي غذا ته اړتیا لرو." (Notes:) include any information you would like us to know. Examples: "Looking for diapers." "We need dog food."	
د معلوماتو په برخه کې د CAFB ژمنه (THE CAFB DATA PROMISE) موږ به ستاسو معلوماتو سره په درنښت او کرامت سره چلند وکړو. (We will treat you and your information with dignity and respect.) موږ به ستاسو معلومات خوندي او محفوظ وساتو. (We will keep your information safe and secure.) موږ به له دغو معلوماتو څخه یوازې تاسو ته د غوره خدماتو په چمتو کولو کې استفاده وکړو. (We will only use this information to provide better services for you.)	