



2023-2024  
رجسٹریشن فارم

صرف پیٹری استعمال کریں۔

احتجاجی اشتہار:

رکن #: \_\_\_\_\_

ڈائیر بینک #: \_\_\_\_\_

شناختی تصدیق شدہ (INT) \_\_\_\_\_

SL  نی ایچ ایم ایس ایچ ایس

کیا آپ اندر رہتے ہیں۔

سسکویانا ٹاؤن شپ؟ ہاں نہیں

براہ کرم ذیل میں واضح طور پر پرنٹ کریں۔

مت کرو  
اسے بھریں  
فارم

تمہارا نام: \_\_\_\_\_

کیا آپ گھر کے سربراہ ہیں؟ ہاں نہیں

فون: \_\_\_\_\_ زپ کوڈ: \_\_\_\_\_ ایڈریس: \_\_\_\_\_

ای میل: \_\_\_\_\_ انٹرنیٹ تک رسائی؟ ہاں نہیں  کیا ہم آپ کو ٹیکسٹ پیغامات بھیج سکتے ہیں؟ جی ہاں  نہیں

دیگر: \_\_\_\_\_ ایک دوست/خاندان کے ساتھ  پناہ گاہ  ہوٹل  اپارٹمنٹ  کیا آپ ایک گھر میں رہتے ہیں۔

\_\_\_\_\_ 18-59 سال: \_\_\_\_\_ 60+ سال: \_\_\_\_\_ 5-17 سال: \_\_\_\_\_ کتنے ہیں: 0-4 سال: \_\_\_\_\_ آپ کے بچے پر کتنے لوگ رہتے ہیں: \_\_\_\_\_

اپنے پتے پر رہنے والے ہر شخص کا نام، یوم پیدائش، اور عمر پرنٹ کریں: (آپ سمیت)

STSD سکول (اسکولوں) میں پڑھتا ہے	عمر	سالگرہ (m/d/y)	آخری نام	پہلا نام
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____

اگر ضرورت ہو تو فارم کے پیچھے اضافی لوگوں کو شامل کریں۔

\_\_\_\_\_  ہسپانوی  Kreyòl Ayisyen  دیگر: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  اسپینش  بوسنا  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  نامعلوم  سفید  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  نامعلوم  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

آپ کو حنا کی پیٹری کے بارے میں کیسے پتہ چلا؟

\_\_\_\_\_  دوست  ڈیجیٹل سائن  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

## کھانے کی ضروریات

ہم کی بنیاد پر کھانے کی پابندیوں کو ایڈجسٹ کرنے کی کوشش کرتے ہیں۔

براہ کرم ان کھانوں کو چیک کریں جو آپ نہیں کھاتے ہیں:



مذہبی، ثقافتی اور صحت کی وجوہات۔ گلوٹین فری، کم نمک/چینی کی اشیاء اور دیگر غذائی ضروریات بھی دستیاب ہو سکتی ہیں۔ براہ کرم پوچھیں کہ کیا ان کی ضرورت ہے۔

براہ کرم چیک کریں کہ کیا آپ کھاتے ہیں:



کھانے کی کوئی پابندی نہیں:



براہ کرم کسی بھی کھانے کی الرجی کی فہرست بنائیں:

## دیگر ضروریات

1. کیا آپ مدد کے لیے اسکول کے سماجی کارکن سے جڑنا چاہیں گے؟ جی ہاں  نہیں

2. کیا آپ کے بچوں کو مفت یا کم کیا گیا اسکول لنچ یا ناشتہ ملتا ہے؟ جی ہاں  نہیں   
اگر نہیں، تو کیا آپ مفت اسکول کے کھانے کے بارے میں مزید جاننا چاہیں گے؟

3. کیا آپ فی الحال SNAP بینیفٹس حاصل کر رہے ہیں؟ جی ہاں  نہیں   
اگر نہیں، تو SNAP کے ذریعے مفت کھانا حاصل کرنے کے بارے میں مزید جاننا چاہیں گے؟ جی ہاں

4. کیا آپ اور آپ کے بچے فی الحال WIC میں اندراج شدہ ہیں؟ (خواتین، شیرخوار، بچے)   
اگر نہیں، تو کیا آپ WIC کے ذریعے مفت وسائل کے بارے میں مزید جاننا چاہیں گے؟ جی ہاں

5. دستیاب ہونے پر، آپ کے خاندان کے کتنے لوگ خواتین کے حفظان صحت سے متعلق مصنوعات سے فائدہ اٹھا سکتے ہیں؟

6. اگر آپ کو پالنے والے بچے کی ضرورت ہے، تو کس سائز کا ایس ایم میڈیم

7. کیا آپ توجیہ کار ہیں؟ جی ہاں  نہیں   
کیا آپ کا تعلق VFW سے ہے؟ جی ہاں

## 8. بیک اپ شخص/"پراکسی"

یہ تجویز کیا جاتا ہے کہ آپ پراکسی کی فہرست بنائیں۔ اگر آپ بیمار ہیں یا کسی ڈسٹری بیوشن میں شرکت کرنے سے قاصر ہیں تو آپ کسی ایسے شخص کی فہرست بنا سکتے ہیں جسے آپ HANNA کی پینٹری سے اپنے لیے گروسری لینے اور ڈیلیوری کرنے کی اجازت دیں گے۔

ID چیک کرنے کی تاریخ: \_\_\_\_\_ دستخط نام: \_\_\_\_\_

## سرٹیفیکیشن کا بیان اور ذمہ داری کی رہائی

میں اور ہائپر ہیل تھراپی کے ذریعے اس پروگرام کو چلانے والے ہیں۔ میرے پاس میرے نام کی شناخت درست کرنے کی تجویز ہے۔ مجھے موصول ہونے والی بدبو کی مصنوعات کے لیے ادائیگی کی ضرورت ہے۔ میں اس بات سے اتفاق کرتا ہوں کہ میں A HANN کی IP پینٹری سے موصول ہونے والی کسی بھی صورت میں فروخت نہیں کروں گا۔

میں نے یہ

میں خنا کو ربا کرتا ہوں۔ \_\_\_\_\_

خنا

is an equal opportunity provider

آپ کے دستخط \_\_\_\_\_

تاریخ \_\_\_\_\_

غذائی امداد کا محکمہ

ایمرجنسی فوڈ اسسٹنس پروگرام (TEFAP)

"بذات خود ضرورت کی اظہار"

1 جولائی، 2023 سے 30 جون، 2024 تک لاگو ہے

تاریخ	ایجنسی کے نمائندے کی دستخط	وصول کنندہ کا نام
نمبر	تقسیم سائٹ کا نام	سٹک کا پتہ
تقسیم سائٹ کا مقام	زپ	ریاست شہر

ایمرجنسی فوڈ اسسٹنس پروگرام ریاستہائے متحدہ کے محکمہ زراعت (USDA) کے مطابق عمل میں لایا جاتا ہے، جو نسل، رنگ، اصل قومیت، جنس، عمر یا معذوری کی بنیاد پر امتیازی سلوک کی ممانعت کرتا ہے۔ اہلیت کا دارومدار ذیل میں دینے گئے رہنما اصول پر ہے۔ وصول کنندگان پوری لائن کا احاطہ کرتے ہیں جو ان کے گھریلو سائز پر لاگو ہوتے ہیں، یہ سمجھتے ہوئے کہ انہیں پروگرام کے فوائد کے اہل ہونے کے لئے اشارہ کئے گئے آمدنی کے سطح پر، یا اس سے نیچے ہونا چاہئے۔

کل گھریلو آمدنی (غربت کے 185% پر مبنی)						
بفتہ وار	ماہانہ	سالانہ	گھریلو سائز	احاطہ ایک		
519	\$ 2,248	\$ 26,973	1			
702	\$ 3,040	\$ 36,482	2			
884	\$ 3,833	\$ 45,991	3			
1,067	\$ 4,625	\$ 55,500	4			
1,250	\$ 5,417	\$ 65,009	5			
1,433	\$ 6,210	\$ 74,518	6			
1,616	\$ 7,002	\$ 84,027	7			
1,799	\$ 7,795	\$ 93,536	8			
183	\$ 728	\$ 9,509			خاندان کے ہر اضافی ممبر کے لئے شامل کریں:	

میں گھریلو آمدنی کی حدود کو سمجھتا ہوں اور اس کی وجہ سے یہ تصدیق کرتا ہوں کہ میری گھریلو سائز اور آمدنی مجھے پروگرام میں شرکت کی اہل بناتی ہے۔ میں اس بات کی بھی تصدیق کرتا ہوں کہ، آج کے دن تک، میرا خاندان اس علاقہ میں رہتا ہے جہاں پنسلوانیا کے ذریعہ ایمرجنسی فوڈ اسسٹنس پروگرام میں خدمات انجام دی جاتی ہیں۔ یہ تصدیق نامہ وفاقی امداد کی وصولی کے سلسلے میں مکمل کیا جا رہا ہے۔

میں سمجھتا ہوں کہ غلط بیان دینے کے نتیجہ میں مجھے غلط طریقہ سے جاری کئے گئے غذا کے قیمت کی ادائیگی کرنی پڑ سکتی ہے، ریاست اور فیڈرل قانون کے تحت مجھ پر مجرمانہ مقدمہ چلایا جا سکتا ہے۔

تاریخ وصول کنندہ کا دستخط

اپنی نامزد کاؤنٹی ایجنسی کو مکمل شدہ فارم واپس کریں۔ اگر آپ کو درست ایجنسی کے بارے میں مشکوک ہیں تو،

براہ کرم 1-800-468-2433 پر محکمہ کو رابطہ کریں۔

اس فارم میں کسی بھی طرح کی تغیر یا تبدیلی نہیں کی جاسکتی ہے۔

ایک اہم USDA غیر امتیازی بیان کے لئے براہ کرم اس دستاویز کے پیچھے جانب دیکھیں۔

## USDA غیر امتیازی بیان

وفاقی شہری حقوق کے قانون اور امریکی محکمہ زراعت (USDA) کے شہری حقوق کے ضوابط اور پالیسیوں کے مطابق، USDA، اس کی ایجنسیاں، دفاتر، اور ملازمین، اور USDA پروگراموں میں حصہ لینے یا ان کے انتظام کرنے والے اداروں کو نسل، رنگ، اصل قومیت، جنس، معذوری، عمر، یا کسی پروگرام یا سرگرمی میں USDA کے ذریعہ مالی تعاون سے چلائے جانے والے شہری حقوق کی سابقہ سرگرمی کے لئے انتقامی کارروائی کی بنیاد پر امتیازی سلوک سے روکا گیا ہے۔

وہ معذور افراد جن کو پروگرام کی معلومات کے لئے (جیسے بریل، بڑے پرنٹ، آڈیو ٹیپ، امریکن سائن لینگوئج، وغیرہ)، مواصلات کے متبادل ذرائع کی ضرورت ہوتی ہے تو، انہیں ان ایجنسی (ریاست یا مقامی) سے رابطہ کرنا چاہئے جہاں انہوں نے فوائد کے لئے درخواست دیا تھا۔ وہ افراد جو بہرے ہیں، بہت مشکل سے سنتے ہیں یا بات کرنے سے معذور ہیں تو وہ فیڈرل ریلے سروس (800) 8339-877 پر USDA سے رابطہ کر سکتے ہیں۔ مزید برآں، پروگرام کی معلومات انگریزی کے علاوہ دوسری زبانوں میں بھی مہیا کی جاسکتی ہے۔

امتیازی سلوک کی ایک پروگرام شکایت درج کرنے کے لئے، USDA پروگرام امتیازی شکایت فارم مکمل کریں، جو آن لائن کو USDA آفس میں، یا USDA پر دستیاب ہے، اور کسی بھی [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) مخاطب کر کے ایک خط لکھیں اور فارم میں مطلوب تمام معلومات اس میں فراہم کریں۔ شکایت فارم کی ایک کاپی کی درخواست کے لئے (866) 632-9992 پر کال کریں۔ اپنا مکمل کردہ فارم یا خط USDA کو درج کریں بذریعہ:

(1) میل: امریکی محکمہ زراعت برائے اسسٹنٹ سکریری برائے شہری حقوق  
Independence Avenue, SW 1400  
;Washington, D.C. 20250-9410

(2) فیکس (202) 7442-690؛ یا

(3) ای میل: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

یہ ادارہ مساوی مواقع فراہم کرنے والا ہے۔

ایمرجنسی فوڈ اسسٹنس پروگرام

پنسلوانیا TEFAP گواہ فارم

تاریخ

میں \_\_\_\_\_ اس کی وجہ سے اختیار دیتا ہوں \_\_\_\_\_ میرا TEFAP فوڈ پیکیٹ حاصل کرے  
کرے اور مجھے ڈلیور کرے۔

گواہ کا دستخط



مؤکل کا دستخط



گواہ کی تصدیق شدہ ID

پینٹری نمائندہ

## 2023-2024

### ڈائپر رجسٹریشن فارم

رکن #: _____
ڈائپر بینک #: _____
ڈائپر بینک #: _____
ڈائپر بینک #: _____

SHANNA'S Pantry کی Healthy Steps Diaper Bank کے ساتھ شراکت داری ہے۔ یہ پینٹری کے چھوٹے بچوں کے لیے ڈائپر فراہم کرتا ہے۔  
 مہینے میں ایک بار، حنا کی پینٹری کے لیے بغیر کسی قیمت کے۔ مفت ڈائپر حاصل کرنے کے لیے:  
 1) بچے کو آپ کے گھر میں آپ کے ساتھ رہنا چاہیے۔

2) بچے کی عمر 4 سال یا اس سے کم ہونی چاہیے (ایک بار جب آپ کا بچہ 5 سال کا ہو جائے تو ہم مزید ڈائپر فراہم نہیں کر سکتے)

3) اور آپ کو ہر بچے کے لیے نیچے دی گئی تمام معلومات فراہم کرنی ہوں گی۔

اس کے علاوہ: ڈائپر حاصل کرنے سے پہلے آپ کے بچے کا رجسٹر ہونا ضروری ہے، لہذا آپ کو اگلے ڈائپر کی تقسیم تک ڈائپر موصول نہیں ہوں گے۔ جس دن آپ یہ فارم بھریں گے۔

#### بچہ #1

نام:

تاریخ پیدائش: (m/d/y) \_\_\_\_\_

جنس: مرد  عورت

ڈائپر کا سائز: \_\_\_\_\_

ٹوائلٹ/پوٹی ٹریننگ: جی ہاں  نہیں

نامعلوم  سفید  آبی بوائے / پیسفک جزیرے والے  آبی بوائے / پیسفک جزیرے والے

نامعلوم  نسلی: ہسپانوی یا لاطینی نہیں۔  ہسپانوی یا لاطینی

بچے کا وزن: \_\_\_\_\_

ریس: امریکن انڈین/الاسکا  ریس: امریکن انڈین/الاسکا

نسلی: ہسپانوی یا لاطینی  نسلی: ہسپانوی یا لاطینی

#### بچہ #2

نام:

تاریخ پیدائش: (m/d/y) \_\_\_\_\_

جنس: مرد  عورت

ڈائپر کا سائز: \_\_\_\_\_

ٹوائلٹ/پوٹی ٹریننگ: جی ہاں  نہیں

نامعلوم  سفید  آبی بوائے / پیسفک جزیرے والے  آبی بوائے / پیسفک جزیرے والے

نامعلوم  نسلی: ہسپانوی یا لاطینی نہیں۔  ہسپانوی یا لاطینی

بچے کا وزن: \_\_\_\_\_

ریس: امریکن انڈین/الاسکا  ریس: امریکن انڈین/الاسکا

نسلی: ہسپانوی یا لاطینی  نسلی: ہسپانوی یا لاطینی

#### بچہ #3

نام:

بچے کا وزن:

تاریخ پیدائش: (m/d/y) \_\_\_\_\_

جنس: مرد  عورت

ڈائپر کا سائز: \_\_\_\_\_

ٹوائلٹ/پوٹی ٹریننگ: جی ہاں  نہیں

نامعلوم  سفید  آبی بوائے / پیسفک جزیرے والے  آبی بوائے / پیسفک جزیرے والے

نامعلوم  نسلی: ہسپانوی یا لاطینی نہیں۔  ہسپانوی یا لاطینی

بچے کا وزن: \_\_\_\_\_

ریس: امریکن انڈین/الاسکا  ریس: امریکن انڈین/الاسکا

نسلی: ہسپانوی یا لاطینی  نسلی: ہسپانوی یا لاطینی

#### بچہ #4

نام:

بچے کا وزن:

تاریخ پیدائش: (m/d/y) \_\_\_\_\_

جنس: مرد  عورت

ڈائپر کا سائز: \_\_\_\_\_

ٹوائلٹ/پوٹی ٹریننگ: جی ہاں  نہیں

نامعلوم  سفید  آبی بوائے / پیسفک جزیرے والے  آبی بوائے / پیسفک جزیرے والے

نامعلوم  نسلی: ہسپانوی یا لاطینی نہیں۔  ہسپانوی یا لاطینی

بچے کا وزن: \_\_\_\_\_

ریس: امریکن انڈین/الاسکا  ریس: امریکن انڈین/الاسکا

نسلی: ہسپانوی یا لاطینی  نسلی: ہسپانوی یا لاطینی

Occasionally we received over night diapers (like Pull-ups). It's that so much in g

کیا ہاں  کیا ہاں