

# 2024-2025 رجسٹریشن فارم

صرف دفتری استعمال



بک کارڈ



ممبر #

ڈائریکٹ #

\_\_\_\_ (INT) تصدیق شدہ ID

☐ HS

☐ MS

☐ TH

☐ SL



نہیں



جی ہاں

کیا آپ سسکیمان ٹاؤن شپ میں رہتے ہیں؟

براہ کرم ذیل میں واضح طور پر پرنٹ کریں۔

فون نمبر:

آپ کا نام:

پتہ: \_\_\_\_\_ زپ کوڈ: \_\_\_\_\_ کیا ہم آپ کو ٹیکسٹ پیغامات بھیج سکتے ہیں؟ جی ہاں ☐ نہیں ☐

ای میل: \_\_\_\_\_ کیا آپ کے پاس انٹرنیٹ تک رسائی ہے؟ جی ہاں ☐ نہیں ☐

آپ کہاں رہتے ہیں: ہاسٹل ☐ اپارٹمنٹ ☐ ہوٹل ☐ پناہ گاہ ☐ ایک دوست/خاندان کے ساتھ ☐ دیگر \_\_\_\_\_

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

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

سکولوں میں پڑھتا ہے STSD

عمر

ساگرارہ

آخری نام

پہلا نام



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 1.



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 2.



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 3.



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 4.



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 5.



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 6.



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 7.



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 8.



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 8.

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

براہ کرم اپنے گھر میں بولی جانے والی تمام زبانوں پر حلقہ لگائیں:



اردو



انگریزی



پنجابی

آپ کی ریس: (جب ہم گرانٹ فنڈنگ کے لیے درخواست دیتے ہیں تو یہ معلومات ہماری مدد کر سکتی ہیں)



آبائی ہوائی/پیپک جزیرے والے



ایشیائی



سیاہ فام یا افریقی امریکی



سفید

## کھانے کی ضروریات

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



براہ کرم چیک کریں کہ کیا آپ کھاتے ہیں۔



براہ کرم کسی بھی کھانے کی الزجی کی فہرست بنائیں۔ ☐ کھانے کی کوئی پابندی نہیں۔

ہم مذہبی ثقافتی اور صحت کی وجوہات کی بنیاد پر کھانے کی پابندیوں کو ایڈجسٹ کرنے کی کوشش کرتے ہیں۔ 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۔

## دیگر ضروریات

1. کیا آپ مدد کے لیے اسکول کے سماجی کارکن سے جڑنا چاہیں گے؟ ☐ جی ہاں ☐ جی نہیں
2. کیا آپ فی الحال SNAP بینیفٹس حاصل کر رہے ہیں؟ (ضمنی غذائی امدادی پروگرام) اگر نہیں، تو SNAP کے ذریعے مفت کھانا حاصل کرنے کے بارے میں مزید جاننا چاہیں گے؟ ☐ جی ہاں ☐ جی نہیں
3. کیا آپ کو بالغوں کے بریفر کی ضرورت ہے؟ ☐ جی ہاں ☐ جی نہیں

کیا آپ کو حنا کی پینٹری کے بارے میں کیسے پتہ چلا؟

- ☐ ٹاؤن شپ نیوز ☐ سکول ☐ پینٹری کی ویب سائٹ ☐ سوشل میڈیا ☐ سینٹرل پنسلوانیا فوڈ بینک ☐ دوست ☐ ہائی اسکول میں ڈیجیٹل سائن

اگر آپ بیمار ہیں یا تقسیم میں شرکت نہیں کر سکتے۔

آپ PROXY کے لیے اجازت دے سکتے ہیں، جسے متبادل بایک اپ پرسن بھی کہا جاتا ہے۔ آپ کے لیے اپنا دوسری لینے کے لیے بس نیچے ان کا نام درج کریں۔ پھر اگر آپ تقسیم میں شرکت کرنے کے قابل نہیں ہیں۔ تو یہ شخص آپ کے لیے آسکتا ہے! یعنی بنائیں کہ آپ USDA فارم کے پچھلے حصے پر بھی ان کی فہرست دیتے ہیں۔

پراسی نام

پراسی دستخط

چیک کرنے کی تاریخ

سرٹیفیکیشن کا بیان اور ذمہ داری کی زبانی

میں تصدیق کرتا ہوں کہ میں نے جو معلومات فراہم کی ہیں وہ میری بہترین معلومات کے مطابق درست ہیں۔ میں سمجھتا ہوں کہ مجھے ملنے والے کھانے یا مصنوعات کے لیے کوئی ادائیگی یا عطیہ درکار نہیں ہے۔ میں اس بات سے اتفاق کرتا ہوں میں HANNA'S Pantry, Inc سے حاصل کردہ کسی بھی چیز کو فروخت نہیں کروں گا۔ اس کا تبادلہ نہیں کروں گا اور نہ ہی خدمت کروں گا۔

میں HANNA'S Pantry, Inc، اس کے ملازمین، رضا کاروں اور عطیہ دہندگان کو تقسیم شدہ خوراک اور مصنوعات کے نتیجے ہونے والی کسی بھی ذمہ داری سے رہا کرنا ہوں اور ان کو تمام ذمہ دار ہوں۔ نقصانات، دعووں، کارروائی کے اسباب اور قانون کے خلاف ہے ضرور رکھنے پر اتفاق کرتا ہوں۔ یا ذمہ داری جو اس خوراک کی تقسیم کے پروگرام کے نفاذ کے دوران کسی بھی کارروائی سے پیدا ہوئی ہو یا اس سے منسوب ہو۔ HANNA'S Pantry, Inc ایک مساوی مواقع فراہم کرنے والا ادارہ ہے

آپ کے دستخط

تاریخ

2024-2025

ڈائپر رجسٹریشن فارم

ممبر #: \_\_\_\_\_  
ڈائپر بینک #: \_\_\_\_\_  
ڈائپر بینک #: \_\_\_\_\_  
ڈائپر بینک #: \_\_\_\_\_

HANNA's Pantry کی Healthy Steps Diaper Bank کے ساتھ شراکت داری ہے۔ یہ پیئٹری کے چھوٹے بچوں کے لیے ڈائپر فراہم کرتا ہے  
مہینے میں ایک بار، آپ کو یا HANNA کی پیئٹری کو بغیر کسی قیمت کے۔

### مفت ڈائپر حاصل کرنے کے لیے:

- 1) بچے کی عمر 3 سال یا اس سے کم ہونی چاہیے۔
- 2) بچے کو آپ کے گھر میں رہنا چاہیے۔
- 3) آپ کو ہر بچے کے لیے بچے دی گئی تمام معلومات فراہم کرنی ہوں گی۔ جیسا کہ Healthy Steps Diaper Bank کی درخواست ہے۔
- 4) آپ اور آپ کے بچے کو پیئٹری ممبر کے طور پر رجسٹرڈ ہونا ضروری ہے اس سے پہلے کہ آپ کے بچے کے لیے ڈائپر کا آرڈر دیا جائے۔
- 5) جس دن آپ یہ فارم پر کریں گے آپ کو ڈائپر نہیں ملے گا۔ آپ کو اگلے ڈائپر پر ڈائپر ملیں گے۔

جب آپ کا بچہ نئے ڈائپر سائز میں منتقل ہوتا ہے، تو براہ کرم ہمیں اگلی تقسیم سے پہلے بتائیں یا آپ کر سکتے ہیں۔  
نیا سائز حاصل کرنے کے قابل نہیں ہے۔ ہمیں کال کریں، ٹیکسٹ کریں یا ای میل کریں۔ رابطہ کی معلومات ہمیشہ نیوز لیٹر پر ہوتی ہے۔

### بچہ #1

نام: \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش (ماہ / دن / سال): \_\_\_\_\_ ڈائپر کا سائز: \_\_\_\_\_ وزن: \_\_\_\_\_

جنس: مرد ☐ عورت ☐ نسل: ہسپانوی یا لاطینی ☐ ہسپانوی یا لاطینی نہیں ☐ نامعلوم ☐  
رہائش: امریکی انڈین / الاسکن ☐ ایشین ☐ سیاہ ☐ آبائی ہوائی / پیفنگ جزیرے والے ☐ سفید ☐ نامعلوم ☐

### بچہ #2

نام: \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش (ماہ / دن / سال): \_\_\_\_\_ ڈائپر کا سائز: \_\_\_\_\_ وزن: \_\_\_\_\_

جنس: مرد ☐ عورت ☐ نسل: ہسپانوی یا لاطینی ☐ ہسپانوی یا لاطینی نہیں ☐ نامعلوم ☐  
رہائش: امریکی انڈین / الاسکن ☐ ایشین ☐ سیاہ ☐ آبائی ہوائی / پیفنگ جزیرے والے ☐ سفید ☐ نامعلوم ☐

اگر آپ کے پاس 2 سے زیادہ بچے ہیں، تو براہ کرم دوسرا فارم طلب کریں!

### دیگر ضروریات

1. کیا آپ کے بچے کے پاس ایسی طبی حالت ہے جس کے لیے ضروری ہے۔ ہاں ☐ نہیں ☐
  2. کیا آپ اور آپ کے بچے فی الحال WIC میں اندراج شدہ ہیں؟ (خواتین، شیرخوار، بچے) ہاں ☐ نہیں ☐
- اگر نہیں تو کیا آپ WIC کے ذریعے مفت وسائل کے بارے میں جاننا چاہیں گے؟

## غذائی امداد کا محکمہ

## ایمرجنسی فوڈ اسسٹنس پروگرام (TEFAP)

"بذات خود ضرورت کی اظہار"

1 جولائی، 2024 سے 30 جون، 2025 تک لاگو ہے

| وصول کنندہ کا نام | ایجنسی کے نمائندے کی دستخط   | تاریخ              |
|-------------------|------------------------------|--------------------|
| HANNA's Pantry    | #11081                       |                    |
| سٹرک کا پتہ       | تقسیم سائٹ کا نام            | نمبر               |
|                   | Susquehanna Twp. High School |                    |
| شہر               | ریاست                        | زپ                 |
|                   |                              | تقسیم سائٹ کا مقام |

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 دیئے 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) |          |           |             |           |                                           |
|----------------------------------------|----------|-----------|-------------|-----------|-------------------------------------------|
| بقتہ وار                               | ماہانہ   | سالانہ    | گھریلو سائز | احاطہ ایک |                                           |
| 536                                    | \$ 2,322 | \$ 27,861 | \$ 1        |           |                                           |
| 727                                    | \$ 3,151 | \$ 37,814 | \$ 2        |           |                                           |
| 919                                    | \$ 3,981 | \$ 47,767 | \$ 3        |           |                                           |
| 1,110                                  | \$ 4,810 | \$ 57,720 | \$ 4        |           |                                           |
| 1,302                                  | \$ 5,640 | \$ 67,673 | \$ 5        |           |                                           |
| 1,493                                  | \$ 6,469 | \$ 77,626 | \$ 6        |           |                                           |
| 1,685                                  | \$ 7,299 | \$ 87,579 | \$ 7        |           |                                           |
| 1,876                                  | \$ 8,128 | \$ 97,532 | \$ 8        |           |                                           |
| 192                                    | \$ 830   | \$ 9,953  | \$          |           | 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 نتیجے 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 چلانے 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 لینگویج، 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 کرسکتے 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 سکرپٹری 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 پیکٹ حاصل کرے |                                               |
| کرے اور مجھے ڈلیور کرے۔                                                   |                                               |
| مؤکل کا دستخط _____                                                       | گواہ کا دستخط _____                           |
| پینٹری نمائندہ _____                                                      | گواہ کی تصدیق شدہ ID <input type="checkbox"/> |