



CFPIN Services Application

Client ID: _____
Date: _____
Entered By: _____

إذا كنت قد ملأت استمارة سابقاً فبجانبه إلى تحريته هذه الاستمارة إذا كان كان هناك أي تغيير في المعلومات

تاريخ الميلاد (Date Of Birth)	لاحقة (Suffix)	الاسم الخاص (First Name)	الاسم الأوسط (Middle Name)	اسم العائلة (Last Name)
عنوان الشارع (Street Address)		الجنس (ذكر/أنثى) (Gender)	شبكة الأمان الاجتماعي (آخر 5 أرقام) (SSN)	
مستوى التعليم (Education Level)	البريد الإلكتروني (Email Address)		رقم الهاتف (Phone Number)	الرمز البريدي (Zip Code)
العرق (اختر كل ما ينطبق) (African American, Asian, Caucasian, Middle Eastern, Native American, Multi-Ethnic)				
العرق الأخرى (Ethnic Other)	<input type="checkbox"/> من أصل إسباني (Latino/Hispanic)	<input type="checkbox"/> قوقازي (Caucasian)	<input type="checkbox"/> الآسيوية (Asian)	<input type="checkbox"/> الأمريكيين من أصل أفريقي (African American)
<input type="checkbox"/> اللاجئين (Refugee)	<input type="checkbox"/> سكان جزر المحيط الهادئ (Hawaiian/Pacific Islander)	<input type="checkbox"/> الأمريكيين الأصليين (American Indian)	<input type="checkbox"/> متعدد الأعنصري (Multi-Ethnic)	<input type="checkbox"/> في الشرق الأوسط (Middle Eastern)
لغات أخرى غير الإنجليزية (Language Other)		هل تتحدث الانكليزية؟ نعم <input type="radio"/> لا <input type="radio"/> ؟ <input type="radio"/>		
ما هو رقمك على آخر دائمة الرمز البريدي؟ (Permanent Zip Code)		إذا كانت الإجابة بنعم، منذ متى وانت بلا مأوى؟ (Homeless How Long)		نعم <input type="radio"/> لا <input type="radio"/> ؟ <input type="radio"/> أنت حالياً بلا مأوى؟ (Currently Homeless)
<input type="checkbox"/> التأمين الخاص (Health Insurance Private)	<input type="checkbox"/> ميديكيد (Health Insurance Medicaid)	هل لديك تأمين صحي؟ لا <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> التأمين الخاص (Children Health Insurance Private)	<input type="checkbox"/> الاطفال اتصال (Children Health Insurance KC)	<input type="checkbox"/> ميديكيد (Children Health Insurance Medicaid)	هل لديك أطفال لديهم تأمين صحي؟ لا <input type="checkbox"/>	
متى يطبق؟ (Food Stamps When Applied)	بل تطبق؟ نعم <input type="radio"/> لا <input type="radio"/> ؟ <input type="radio"/>		هل يحصلون على برنامج إغذاء؟ نعم <input type="radio"/> لا <input type="radio"/> ؟ <input type="radio"/>	
متى يطبق؟ (TANF When Applied)	بل تطبق؟ نعم <input type="radio"/> لا <input type="radio"/> ؟ <input type="radio"/>		هل تتلقى مساعدة TANF/ADC الحكومية؟ نعم <input type="radio"/> لا <input type="radio"/> ؟ <input type="radio"/>	
هل أنت في أربور سابقاً؟ نعم <input type="radio"/> لا <input type="radio"/> ؟ <input type="radio"/>		هل أنت ضمن برنامج أربور مركزى؟ نعم <input type="radio"/> لا <input type="radio"/> ؟ <input type="radio"/>		هل أنت ضمن برنامج أربور الحالي؟ نعم <input type="radio"/> لا <input type="radio"/> ؟ <input type="radio"/>
ما هو الدخل الشهري للأسرة؟ (Household Income)			كم عدد الأشخاص في منزلك؟ (Number in Household)	
<input type="checkbox"/> وآخرون يعملون في منزلك؟ (Others Employed)	<input type="checkbox"/> عاطلين عن العمل؟ (Unemployed)	<input type="checkbox"/> جزء من الوقت؟ (Employed PT)		<input type="checkbox"/> تعمل بدوام كامل؟ (Employed FT)
تاريخ الميلاد (Date of Birth)	شبكة الأمان الاجتماعي (آخر 5 أرقام) (SSN)	الاسم الخاص (First Name)	اسم العائلة (Last Name)	
V1 Gender	(FM1.SSN)	(FM1.DOB)	(FM1.First Name)	(FM1.Last Name)
V2 Gender	(FM2.SSN)	(FM2.DOB)	(FM2.First Name)	(FM2.Last Name)
V3 Gender	(FM3.SSN)	(FM3.DOB)	(FM3.First Name)	(FM3.Last Name)
V4 Gender	(FM4.SSN)	(FM4.DOB)	(FM4.First Name)	(FM4.Last Name)
V5 Gender	(FM5.SSN)	(FM5.DOB)	(FM5.First Name)	(FM5.Last Name)
V5 Gender	(FM6.SSN)	(FM6.DOB)	(FM6.First Name)	(FM6.Last Name)
V5 Gender	(FM7.SSN)	(FM7.DOB)	(FM7.First Name)	(FM7.Last Name)

الورقة ، والاختيار هنعلى الجانب الآخر من هذا الأسرة ، يرجى إعداد قائمة بهم إذا كان لديك أكثر من أفراد
(List Others on Other Side)

التوقيع _____
(Signature)

تاريخ _____
(Signature Date)

By signing, I authorize the Center For People In Need to disclose basic identifying information regarding myself and my dependents as well as services received to other human services agencies in the area. You may revoke this authorization at any time. Refusal to sign does not disqualify you or your family from receiving services from the Center For People In Need.

The Center's F.O.O.D. Program is accomplished in partnership with the Lincoln Food Bank.