

## 緊急食物援助計畫 ( TEFAP )

組織名稱：

計畫人員聯絡方式 ( 姓名、電話號碼、電子郵寄地址<如適用> )：

如果您由於本組織的宗教性質而拒絕接受我們的服務，請完成此表格並將其交還上述聯絡人。表格為自願填寫。

如果您由於本組織的宗教性質而拒絕接受我們的服務，我們必須盡力為您尋找和推薦另一家您不會拒絕的援助服務提供者。然而我們不能保證一定能為您找到這樣的服務提供者。

如果您希望我們推薦另一家服務提供者，請打鉤。請提供以下

資訊：

您的姓名：

最佳聯絡方式 ( 電話/地址/電子郵件 )：

### 僅限內部使用

1. 拒絕服務日期：\_/\_/\_

2. 推薦情況 ( 單選 )

( ) 已將個人推薦給 ( 另一家服務提供者名稱及其聯絡方式 ) ；

( ) 個人已獲得州立機構的推薦資訊 ( 即，州立機構資助的其他服務提供者的網站、熱線電話或名錄 )

( ) 個人在未獲得推薦的情況下離開

( ) 沒有其他可供選擇的服務提供者 -

請在下方簡略說明如何尋找替代服務提供者而未果的情況 ( 包括求助於州立機構、當地或符合資格的收容機構 )：