

د WIC آی.ډي لمبر

د گډون کونکي نوم (نومونه)

زما حقونه او مسلولیتونه

زه د WIC پروگرام کې زما حقونه او مسلولیتونه پیژنم. ټول هغه معلومات چې زه یې WIC ته ورکوم ریښتیا دي، او د WIC کارمندان کولی شي دا معلومات چیک کړي. زه د **حقونو او مسلولیتونو** فورمې په شا لیکل شوي د WIC پروگرام مقررات تعقیبوم. که زه مقررات تعقیب نکړم، زه د قانوني تورو سره مخ کیږم یا د پروگرام نه ایستل کیږم او باید د خوړو یا فارمولا لپاره WIC ته هغه پیسې بیرته تادیه کړم چې ما باید نه وی ترلاسه کړي. ما ته به یو د eWIC کارت راکړل شي او زه زما د کارت او PIN د خوندي ساتلو مسولیت په غاړه لرم.

زما معلومات به محافظت شي

- کوم معلومات چې ما ورکړي محافظت کیږي.
- په WIC کې زما د گډون په اړه معلومات د اوریگون ایالت د عامه روغتیا نورو پروگرامونو او د اوریگون د هیدستارت (Head Start) پروگرامونو سره ممکن شریک کړی شي. دا معلومات به یوازې د دې لپاره کارول کیږي چې ما سره د روغتیا نورو خدمتونو ترلاسه کولو کې مرسته وکړي او پوهه ترلاسه شي چې دا خدمتونه څومره ښه زما اړتیاوي پوره کوي.
- زما د ماشوم د واکسینو ریکارډ د ایالت په کچه د واکسین راجستر سره شریکيږي.

د خدمتونو لپاره رضایت

زه د اوریگون WIC پروگرام ته اجازه ورکوم چې د WIC پروگرام خدمت یا په شرایطو برابرې موده کې زما او/یا پورته لیکل شوي زما د ماشوم یا ماشومانو روغتیايي معاینه وکړي. دا رضایت تر هغه پورې پرځای دی چې لغو کړی شي او په لاندې یو یا ډیرو مواردو پلي کیږي:

- ونه او وزن
- د تغذیه مشوره/ښوونه
- د روغتیا غذایی رژیم تاریخچه
- د انیمیا یا وینې کموالي لپاره د وینې تیسټ

د معلوماتو صادرول

که چېرې زه د یوه بل WIC خدمت ساحې ته کډه وکړم، نو د په شرایطو برابرې کوم معلومات چې ما ورکړي دي هغه به زما نوې ساحه کې د WIC کلینیک سره شریک کړی شي ترڅو زه د WIC مرستو ترلاسه کولو ته دوام ورکړی شم. ممکن WIC زما په اړه یا زما د ماشوم په اړه معلومات ما ته صادر کړي (گډون کونکي/پاملرنه کونکي).

د دې فورمې په لاسلیک کولو سره، زه پورتنی معلوماتو سره موافق یم. ټول گډون باید د WIC د مرستو ترلاسه کولو لپاره د فورمې دا اړخ لاسلیک کړي.



نېټه:

د گډون کونکي/پاملرنه کونکي/د کارت درلودونکي لاسلیک

□ هو. (چيرې چې تاسې خپل راجسټريشن سپارې محرم دي.)

□ نه. (دا حقيقت چې تاسې "نه" په نښه کړي دي محرم دي.)

که تاسې هيڅ کومه ځانه په نښه نکرې، مور به داسې وگڼو چې تاسې نه راجسټر کيدل انتخاب کړي دي.



نېټه:

د گډون کونکي/پاملرنه کونکي لاسليک

د رایه ورکونکو نور معلومات:

- ستاسې د کاونټي د ټاکنو دفتر به تاسې ته یو کارت ولیري چې خبر شئ ستاسې نوم لیکنه یا راجسټريشن ترلاسه شوی دی.
- تاسې کولی شئ دې فورمي ډکولو کې د مرستې غوښتنه وکړئ یا تاسې دا پخپله ډکه کړئ.
- هغه خدمت یا مرسته چې تاسې د دې ادارې څخه شاید ترلاسه کوئ هغه به ستاسې د نوم لیکنه کولو یا نوم لیکنه نه کولو یا د کوم گوند ته ترجیح ورکولو انتخاب پرېکړې له مخې نه اغیزمن کیري.
- که تاسو باور لرئ چې چا مو رایې د ثبت کېدو د منلو یا نه منلو په حق کې مداخله کړې، یا په دې اړه د پرېکړې د محرمیت په حق کې چې ځان ورته ثبت کړئ که نه او یا ستاسو په دې حق کې چې د خپلې خوبې سیاسي ډله یا سیاسي لومړیتوب پخپله وټاکئ چا مداخله کړې، کولی شئ د Oregon 97310 د ایالت له وزیر، سالم سره خپل شکایت ثبت کړئ. تلیفون: 503-986-1518.

دا نهاد د مساوي فرصت وړاندې کونکی دی. د فدرال د مدني حقونو قانون او د امریکا د متحده ایالاتو د کرنې وزارت (USDA) د مدني حقونو مقرراتو او پالیسیو له مخې، USDA، د دې ادارې، دفترونه، او کارمندان، او د USDA پروگرامونو کې گډون کونکي یا د دې پروگرامونو مدیریت کونکي نهادونه د USDA لخوا پرمخ وړل کیدونکي یا تمویل شوي پروگرام یا فعالیت کې د نژاد، رنگ، ملي اصلیت، جنسیت، معیوبیت، عمر، یا مخکیني مدني حقونو فعالیت جبران یا غچ اخیستنې پر بنسټ د تبعیض کولو نه منع دي. معیوبیت لرونکي افراد چې د پروگرام معلوماتو لپاره د ارتباط بدیل وسایلو ته اړتیا لري (لکه بریل، غټ چاپ، غریز ټیپ، امریکایي اشاري ژبه وغیره)، باید هغه ادارې (ایالت یا ځایي) سره اړیکه ونیسي چېرې چې هغوی د مرستو لپاره غوښتنه کړي ده. هغه افراد چې کانه دي، په سختی اوري یا د خبرو کولو معیوبیتونه لري کولی شي په 877-8339 (800) شمېره د فدرال ریلی خدمت له لارې د USDA سره اړیکه ونیسي. علاوه لدې، د پروگرام معلومات د انگلسي پرته نورو ژبو کې هم چمتو کیدی شي. د پروگرام د تبعیض شکایت کولو لپاره، د USDA د پروگرام تبعیض شکایت فورمه (AD-3027) ډکه کړئ چې آنلاین په http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html کې، او د USDA دفتر کې موندل کیري، یا USDA ته لیک ولیکئ او په فورمه کې غوښتل شوي ټول معلومات په لیک کې ولیکئ. د شکایت فورمي د کاپي غوښتلو لپاره، (866) 632-9992 ته تلیفون وکړئ. خپله ډکه کړې فورمه یا لیک USDA ته وسپارئ:

(1) پوست: د امریکا متحده آیالاتو د کرنې وزارت

د مدني حقونو د مرستیال وزیر دفتر

1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410

(2) فکس: (202) 690-7442؛ یا

(3) بریښنالیک: program.intake@usda.gov

که تاسې دا معلومات په غټ چاپ یا کوم بل فارمیت کې غواړئ، نو مهرباني وکړئ 971-673-0040 یا TTY

1-800-735-2900 ته تلیفون وکړئ.