

Ім'я учасника (учасників)

.....  
.....  
.....

Ідентифікаційний номер (номери) WIC

.....  
.....  
.....

## Мої права та обов'язки

Я розумію мої права та обов'язки згідно програми WIC. Уся інформація, яку я надала WIC, є правдивою, і персонал WIC може перевірити цю інформацію. Я буду дотримуватися правила програми WIC, наведені на зворотному боці форми «**Права та обов'язки**». Якщо я не буду дотримуватися цих правил, на мене можуть бути накладені передбачені законом витрати, або мене може бути виключено з програми та я буду зобов'язана повернути WIC гроші за ті харчові продукти та поживні суміші, які я не мала права отримати. Мені буде надано картку eWIC, і я повинна гарантувати безпеку моєї картки та PIN-коду.

## Інформація про мене буде захищена

- Інформація, яку я надала, буде захищена.
- Інформація про мою участь у WIC може бути надана іншій установі з програм охорони здоров'я штату Орегон і з програм «Head Start» штату Орегон. Ця інформація буде використана лише для того, щоб допомогти мені отримати інші медичні послуги і дізнатися про те, наскільки ці послуги відповідають моїм потребам.
- Картка обліку вакцинацій моєї дитини може бути надана національному реєстру з вакцинації.

## Згода на послуги

Я надаю Програмі WIC штату Орегон право проводити скринінг мого здоров'я та/або здоров'я моєї дитини (моїх дітей), вказаних вище, на протязі усього періоду програми WIC або періоду придатності до програми. Ця згода залишатиметься у силі до тих пір, доки вона не буде відкликана, і поширюється на одне чи більше з наступного:

- Історія стану здоров'я та харчування
- Аналіз крові на анемію
- Ріст і вага
- Рекомендація щодо харчування/виховання

## Розкриття інформації

Якщо я переїду до іншої зони обслуговування WIC, тоді інформація щодо придатності до програми, яку я надала, буде передана клініці WIC у моїй новій зоні обслуговування, для того щоб я могла й далі користуватися пільгами WIC. WIC має право розкрити інформацію про мене або про мою дитину мені (учаснику/опікуну).

**Підписуючи цю форму, я погоджуюся з вищенаведеною інформацією.**

**Усі учасники повинні поставити свій підпис на цьому боці даної форми, для того щоб отримувати пільги WIC.**



.....  
Підпис учасника/опікуна/власника картки

.....  
Дата

## Реєстрація виборця

Якщо Ви не зареєстровані для участі у голосуванні там, де Ви зараз живете, чи не бажаєте Ви зробити це сьогодні?

**Так.** (Де Ви подаєте заявку на реєстрацію є конфіденційною інформацією.)

**Ні.** (Той факт, що Ви обрали варіант «ні», є конфіденційною інформацією.)

Якщо Ви не вибрали жодний варіант, то ми будемо вважати, що Ви вирішили не реєструватися.



.....  
Підпис учасника / опікуна

.....  
Дата

## Інша інформація про реєстрацію виборця:

- Виборча комісія в Вашому окрузі надішле Вам картку, щоб повідомити Вам про те, що Ваша реєстрація прийнята.
- Ви можете попросити про те, щоб Вам допомогли заповнити цю форму, або Ви можете заповнити її самостійно.
- Чи вирішили Ви реєструватися, а також те, яку партію Ви обрали, не чинитиме впливу на послуги чи пільги, які Ви можете отримати від цього агентства.
- Якщо Ви вважаєте, що хтось перешкодив Вам у здійсненні Вашого права на реєстрацію як виборця або у відмові від такої реєстрації, Вашого права на приватність у вирішенні питання щодо того, чи реєструватися, або Вашого права вибрати, за кого голосувати, Ви можете подати скаргу до секретаря штату, м. Салем, штат Орегон 97310. Телефон 503-986-1518.

Ця установа є постачальником рівноправних можливостей. Відповідно до Федерального закону про громадянські права, а також відповідно до положень і політики Міністерства сільського господарства США (USDA – від англійського «U.S. Department of Agriculture») стосовно громадянських прав, Міністерство сільського господарства США, його агентства, офіси і працівники, а також установи, що приймають участь в програмах Міністерства сільського господарства США або керують цими програмами, не мають права чинити дискримінацію на підставі раси, кольору шкіри, національного походження, статі, обмеженості фізичних можливостей, віку або в якості помсти за попередню діяльність із боротьби за громадянські права у будь-якій програмі чи діяльності, яку здійснювало Міністерство сільського господарства США. Особам з обмеженими фізичними можливостями, які потребують альтернативних засобів комунікації для отримання інформації про програму (наприклад, шрифт Брайля, великий шрифт, аудіозапис, Американська мова жестів тощо), рекомендуємо звернутися до того агентства (штату чи локального), де вони подавали заявку на пільги. Люди, що є глухими, погано чують або мають мовні вади, можуть звернутися до Міністерства сільського господарства США через Федеральну службу комутаційних повідомлень за номером (800) 877-8339. Окрім цього, інформація про програму може бути надана на інших мовах окрім англійської. Щоб подати скаргу щодо дискримінації при реалізації програми, заповніть Форму скарги щодо дискримінації при реалізації програми Міністерства сільського господарства США (AD-3027), яку можна знайти он-лайн: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), та в будь-якому офісі Міністерства сільського господарства США, або надішліть листа до Міністерства сільського господарства США і наведіть у листі всю інформацію, яка вимагається у вищезгаданій формі. Щоб замовити копію форми скарги, зателефонуйте за номером (866) 632-9992. Подайте заповнену форму або листа до Міністерства сільського господарства США:

**(1) Поштова адреса:** U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;

**(2) факс:** (202) 690-7442; або  
**(3) email:** [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

**Якщо Ви бажаєте, щоб ця інформація була надрукована великими буквами або була наведена в іншому форматі, зателефонуйте, будь-ласка, за номером 971-673-0040 або ТТУ 1-800-735-2900**