

Имя (имена) участника (-ов)

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

Идентификационный номер (-а) участника (-ов) программы WIC

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

Мои права и обязанности

Я понимаю свои права и обязанности участника программы WIC. Все предоставленные мною сведения программе WIC являются достоверными, и сотрудники программы WIC могут проверить любые из сообщенных мною сведений. Я буду следовать правилам программы WIC, перечисленным на оборотной стороне документа **Права и обязанности**. В случае невыполнения мною правил мне могут быть предъявлены официальные обвинения, или меня могут лишить права на участие в программе и потребовать возместить сумму пособия, выплаченного мне программой WIC для покупки продуктов питания или детских смесей, на получение которого я не имел (-а) права. Мне будет выдана карта eWIC участника программы, и я буду нести ответственность за обеспечение безопасности своей карты и ее PIN-кода.

Мои личные сведения будут защищены

- Предоставленные мною сведения личного характера будут защищены.
- Информация о моем участии в программе WIC может передаваться в другие программы общественного здравоохранения штата Орегон и в орегонские программы образования для детей раннего возраста «Head Start». Данная информация будет использоваться исключительно для оказания мне помощи в получении других услуг в области здравоохранения и определения степени соответствия этих услуг моим потребностям.
- Информация о вакцинации моего ребёнка может быть предоставлена службе регистрации вакцинации штата.

Согласие на предоставление услуг

Я разрешаю работникам программы WIC штата Орегон проводить обследования состояния моего здоровья/здоровья моего ребёнка или моих детей, имена которых указаны выше, в течение всего срока моего пользования услугами и правами участника программы WIC. Это согласие должно оставаться в силе до момента его отзыва и относиться к проведению одной или нескольких процедур:

- Составление истории болезни и питания
- Анализ крови на наличие или отсутствие анемии
- Определение роста и веса
- Консультирование/просветительская работа по вопросам питания

Разглашение информации

В случае моего переезда в другой район обслуживания программы WIC предоставленные мною сведения для определения правомочности моего участия в программе будут переданы в клинику программы WIC в новом районе моего проживания с целью непрерывного получения мною пособия программы WIC. Работники программы WIC могут знакомить меня с имеющейся у них информацией о состоянии моего здоровья или здоровья моего ребёнка.

Подписывая этот документ, я выражаю согласие с указанными выше условиями.

Все участники программы должны поставить свою подпись на этой странице документа для получения пособия программы WIC.



.....
Подпись участника/опекуна/владельца карты

.....
Дата

Регистрация избирателей

Если вы не зарегистрированы для голосования на выборах по месту вашего жительства, хотели бы вы пройти регистрацию сегодня?

- Да.** (Место прохождения вами регистрации является конфиденциальной информацией.)
- Нет.** (Отказ от регистрации является конфиденциальным.)

Если вы не отметите одну из клеточек, мы сочтём, что вы не желаете регистрироваться.



Подпись участника/опекуна

Дата

Прочая информация о регистрации избирателей:

- Работники избирательного участка вашего округа вышлют вам карточку с уведомлением о получении ваших регистрационных данных.
- Вы можете обратиться за помощью в заполнении этого документа или заполнить его самостоятельно.
- Ваше решение о регистрации или поддержке какой-либо партии не повлияет на получение вами услуг или пособий этой программы.
- Если вы считаете, что кто-либо препятствовал или отказал вам в осуществлении вашего права на регистрацию для голосования, нарушил ваше право на конфиденциальность вашего решения о регистрации или на выбор ваших политических предпочтений, вы можете подать жалобу на имя секретаря штата по адресу: Secretary of State, Salem, Oregon 97310. Тел.: 503-986-1518.

В данном учреждении всем предоставляются равные возможности. В соответствии с федеральным законом о гражданских правах и правилами и политикой в области гражданских прав Министерства сельского хозяйства США (USDA), этому учреждению запрещается проявлять дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), религиозных убеждений, инвалидности, возраста, политических убеждения или репрессалии или возмездия за предыдущую деятельность в области гражданских прав. Информация о программе может быть доступна на языках, отличных от английского. Лица с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства связи для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов), должны обратиться в ответственное государственное или местное агентство, которое управляет программой, или в центр USDA TARGET по телефону (202) 720- 2600 (голос и телетайп) или связаться с USDA через Федеральную службу ретрансляции по телефону (800) 877-8339. Для подачи жалобы на дискриминацию в программе, заявитель должен заполнить форму AD-3027, Форму жалобы на дискриминацию в программе USDA, которую можно получить в Интернете по адресу: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-russian.pdf>, из любого офиса USDA, позвонив по телефону (866) 632-9992, или написав письмо в адрес USDA. Письмо должно содержать имя заявителя, адрес, номер телефона и письменное описание предполагаемого дискриминационного действия с достаточной детализацией, чтобы проинформировать Помощника секретаря по гражданским правам (ASCR) о характере и дате предполагаемого нарушения гражданских прав. Заполненную форму AD-3027 или письмо необходимо отправить по адресу:

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

(2) по факсу: (833)256-1665 или (202) 690-7442; или
(3) по эл. почте: program.intake@usda.gov

Если эта информация необходима вам напечатанной крупным шрифтом или в других альтернативных форматах, пожалуйста, позвоните по телефону 971-673-0040 или 1-800-735-2900 для лиц с нарушениями слуха.