

सहभागीका नाम(हरू)

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

WIC ID नम्बर(हरू)

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

मेरा अधिकार र उत्तरदायित्वकर्तव्यहरू

म WIC कार्यक्रम अन्तर्गतका मेरा अधिकार र कर्तव्यहरू बारे बुझ्दछु। मैले WIC लाई दिएका सबै जानकारी साँचो हो र WIC का कर्मचारीले यो जानकारी मध्ये कुनै जाँच गर्न सक्नुहुन्छ। मैले **अधिकार र उत्तरदायित्वहरू** फारामको पछाडितिर सूचीबद्ध गरिएको WIC कार्यक्रमको नियमहरूको पालना गर्नेछु। मैले नियमहरूको पालना गर्ने भने, मैले कानुनी शुल्कहरूको सामना गर्नुपर्नेछ वा अयोग्य ठहराइन सक्छु र मैले प्राप्त नगरेको खाना वा फर्मुलाहरूका लागि WIC लाई पैसा भुक्तान गर्नुपर्छ। मलाई eWIC कार्ड जारी गरिनेछ र मेरो कार्ड र PIN को सुरक्षा सुनिश्चित गर्नको लागि म जिम्मेवार हुनेछु।

मेरो जानकारी सुरक्षित गरिनेछ

- मैले दिएको जानकारी सुरक्षित गरिनेछ।
- WIC मा मेरो सहभागिता बारे जानकारी अन्य राज्यका ओरेगन पब्लिक स्वास्थ्य कार्यक्रम र ओरेगन हेड स्टार्ट कार्यक्रमहरूसँग साझा गरिएको हुन सक्छ। यो जानकारी मैले अन्य स्वास्थ्य सेवाहरू प्राप्त गर्न र यी सेवाहरूले कत्तिको राम्रोसँग मेरो आवश्यकहरू पूरा गर्छ भनी थाहा पाउनको लागि मद्दत गर्न मात्र प्रयोग गरिनेछ।
- मेरो बच्चाको खोपको रेकर्ड राज्यव्यापी खोप दर्तासँग साझा गरिएको हुन सक्छ।

सेवाहरूका लागि सहमति

मैले WIC ओरेगन कार्यक्रमलाई WIC कार्यक्रम सेवा वा योग्यताको अवधिभर मर/वा मेरो बच्चालाई स्वास्थ्य परीक्षण उपकलब्ध गराउन अधिकार प्रदान गर्दछु। यो सहमति रद्द नगरिँदासम्म वा निम्न अवस्थामा लागू रहनेछ:

- स्वास्थ्य र आहार इतिहास
- उचाई र तौल
- एनिमियाका लागि रक्त परीक्षण
- पोषण सम्बन्धी परामर्श/शिक्षा

जानकारीको खुलासा

यदि म फरक WIC सेवा क्षेत्रमा गएँ भने, मैले दिएको योग्यताका जानकारी मेरो नयाँ क्षेत्रका WIC क्लिनिकसँग साझा गरिएको हुनेछ जसकारण मैले WIC का लाभहरू प्राप्त गरिरहन सक्छु। WIC ले मलाई (सहभागी/स्याहार प्रदायक) लाई मेरो आफ्नै वा मेरो बच्चाको बारे जानकारी खुलासा गर्न सक्छ।

यो फाराममा हस्ताक्षर गरेर, मैले माथिका जानकारीमा सहमति जनाउँछु।

सबै सहभागीहरूले WIC का लाभहरू प्राप्त गर्नको लागि फारामको यो भागमा हस्ताक्षर गर्नुपर्नेछ।



सहभागी/स्याहार प्रदायक/कार्डधारकको हस्ताक्षर

मिति

मतदाता दर्ता

तपाईं हाल बस्नुभएको ठाउँमा मतदान गर्न दर् हुनुहुन्न भने, तपाईंआज यहाँ दर्ता गर्न चाहानुहुन्छ?

हो। (तपाईंले आफ्नो दर्ता जहाँ पेश गरेपनि गोपनीय रहन्छ।)

होइन (तपाईंले चिन्ह लगाउनुभएको "होइन" भन्ने तथ्य गोप्य रहन्छ।)

तपाईंले बाकसमा चिन्ह लगाउनुहुन्न भने, तपाईंले दर्ता नगर्ने छनोट गर्नुभयो भन्ने हामी मान्नेछौं।



सहभागी/स्याहार प्रदायकको हस्ताक्षर:

मिति

मतदाता दर्ताका अन्य जानकारी:

- तपाईंको राष्ट्रको निर्वाचन कार्यालयले तपाईंको दर्ता प्राप्त भयो भनी तपाईंलाई थाहा दिनको लागि तपाईंलाई कार्ड पत्राचार गर्नेछ।
- तपाईंले यो फाराम भर्न मद्दत अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ वा आफैले यो फाराम भर्न सक्नुहुन्छ।
- तपाईंको दर्ता गर्ने वा दर्ता नगर्ने वा पार्टीका प्राथमिकता चयन गर्ने निर्णयले तपाईंले यो एजेन्सीबाट प्राप्त गर्न सक्नुहुने सेवा र लाभहरूलाई प्रभाव पार्नेछैन।
- यदि तपाईंलाई कसैले तपाईंको मतदान गर्न दर्ता गर्ने वा दर्ता गर्न अस्वीकार गर्ने आफ्नो अधिकार, तपाईंको दर्ताका लागि दिने वा नदिने आफ्नो निर्णय गोप्य राख्ने अधिकार वा तपाईंको आफ्नो राजनीतिक प्राथमिकता छनोट गर्ने अधिकारमा हस्तक्षेप गरेको छ जस्तो लाग्छ भने, तपाईंले Secretary of State, Salem, Oregon 97310 टेलिफोन 503-986-1518 मा उजुरी दायर गर्न सक्नुहुन्छ।

यो संस्था समान अवसर प्रदायक हो। संघीय नागरिक अधिकार सम्बन्धी कानून र अमेरिकी कृषि विभाग (USDA) का नागरिक अधिकार सम्बन्धी नीति तथा कानूनहरू अनुसार USDA, यसका निकाय, कार्यालय तथा कर्मचारीहरू र USDA का कार्यक्रमहरूको सञ्चालनमा सहभागी संस्थाहरूलाई USDA द्वारा सञ्चालित वा आर्थिक सहायता प्राप्त कुनै पनि कार्यक्रम वा गतिविधिमा कुनै पनि व्यक्तिलाई जाति, वर्ण, राष्ट्रिय उत्पत्ति, लिङ्ग, असक्षमता, उमेर वा नागरिक अधिकार सम्बन्धी पूर्व गतिविधिको बदला वा प्रतिशोधका आधारमा भेदभाव गर्न मनाही छ। कार्यक्रम सम्बन्धी जानकारीका लागि सञ्चारको वैकल्पिक माध्यम (जस्तै, ब्रेल, ठूलो प्रिन्ट, अडियो टेप, अमेरिकी साङ्केतिक भाषा, इत्यादि) आवश्यक पर्ने असक्षमता भएका व्यक्तिहरूले सहायताका लागि आफूले सुविधाहरूका लागि आवेदन दिएको निकाय (राज्य वा स्थानीय निकाय) लाई सम्पर्क गर्नुपर्छ। कान नसुन्ने, कम सुन्ने वा बोल्नमा असक्षमता भएका व्यक्तिहरूले (800) 877-8339 मा संघीय रिले सेवा मार्फत USDA मा सम्पर्क गर्न सक्नुहुनेछ। यसका अतिरिक्त, कार्यक्रम सम्बन्धी जानकारी अंग्रेजी भाषा बाहेकका अन्य भाषाहरूमा उपलब्ध हुनसक्छ। कार्यक्रममा भेदभावको उजुरी दायर गर्नका लागि, USDA कार्यक्रम भेदभाव फाराम, (AD-3027) अनलाइनमा: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, र कुनै पनि USDA कार्यालयमा पाइने फाराम भर्नुहोस् वा USDA लाई सम्बोधन गरी चिठी लेख्नुहोस् र फाराममा अनुरोध गरिएको सम्पूर्ण जानकारी उपलब्ध गराउनुहोस्। उजुरी फारामको प्रतिलिपि अनुरोध गर्ने, (866) 632-9992 मा फोन गर्नुहोस् । तपाईंले भर्नुभएको फाराम वा पत्रलाई निम्न ठेगानामा USDA मा पेश गर्नुहोस्:

(1) **पत्राचार:** संयुक्त राज्य कृषि विभाग
नागरिक अधिकारका लागि सहायक सचिव कार्यालय
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

(2) **फ्याक्स:** (202) 690-7442; वा
(3) **इमेल:** program.intake@usda.gov

तपाईंलाई यो जानकारी ठूला अक्षरमा छापिएको वा वैकल्पिक ढाँचाहरूमा आवश्यक छ भने,
कृपया 971-673-0040 वा TTY 1-800-735-2900 मा फोन गर्नुहोस्।