

رقم (أو أرقام) الهوية التعريفية في برنامج WIC

اسم المشتركة (أو أسماء المشتركين)

حقوق ومسؤولياتي

أفهم حقوقي ومسؤولياتي بموجب برنامج WIC. وأن كافة المعلومات التي أدليتها إلى برنامج WIC هي معلومات صحيحة، ويمكن لموظفي برنامج WIC أن يتحققوا من صحة أي منها. وإني سألتقي بكافة قواعد وقوانين برنامج WIC الواردة على الجانب الخلفي لنموذج الحقوق والمسؤوليات. وإذا لم أتقيد بهذه القواعد والقوانين، فيجوز أن أواجه اتهامات قانونية أو قد يتم استبعاد ي عن البرنامج ويتحتم عليّ أن أسدد إلى برنامج WIC ثمن المواد الغذائية أو حليب الرضاعة الاصطناعي التي لم يكن ينبغي عليّ أن استلمها. سيصدر لي بطاقة eWIC وسأكون مسؤولة عن ضمان سلامة وأمان بطاقتي ورقم تعريفي الشخصي (PIN).

ستكون المعلومات الخاصة بي محمية

- سيتم حماية المعلومات التي أعطيها إلى البرنامج.
- ويجوز مشاركة المعلومات حول اشتراكي في برنامج WIC مع البرامج الصحية الأخرى في ولاية أوريغون وبرامج Oregon Head Start. لن تُستخدم هذه المعلومات إلا لمساعدتي على الحصول على خدمات صحية أخرى والتعرّف على مدى تلبية هذه الخدمات لاحتياجاتي الخاصة.
- سيتم مشاركة سجل تلقيح طفلي/طفلاتي مع أمانة سجل التحصين على مستوى الولاية.

إعطاء الموافقة للحصول على الخدمات

أذن لبرنامج WIC في ولاية أوريغون (Oregon WIC Program) أن يقدم كشوفات الفرز الصحي لي ولطفلي أو أطفالي المدرجين أعلاه طوال فترة خدمة برنامج WIC لي أو طوال أحيّة اشتراكي في البرنامج. ستبقى هذه الموافقة سارية المفعول حتى يتم إبطالها وسيسري مفعولها على واحد أو أكثر من التالي:

- تاريخ السوابق الصحية والنظام الغذائي
- فحص الدم لأغراض فقر الدم (أنيميا)
- الطول والوزن
- الإرشاد/التثقيف الغذائي

إنشاء المعلومات

في حال انتقالي إلى منطقة خدمة مختلفة لبرنامج WIC، فسيتم مشاركة معلومات أحيّة اشتراكي في البرنامج التي أعطيتها مع عيادة WIC في المنطقة الجديدة التي أعيش فيها لكي استمر في الحصول على المخصصات (المستحقات) الخاصة بي من برنامج WIC. قد يفشي برنامج WIC عن المعلومات الموجودة لديهم عني أو عن طفلي إليّ (المشتركة/القائم بالعاية).

بتوقيع اسمي على هذا النموذج، فأنا أوافق على المعلومات أعلاه.
يجب على جميع المشتركين توقيع هذا الجانب من النموذج لكي يتلقوا المخصصات من برنامج WIC.



التاريخ

توقيع المشتركة/القائم(ة) بالعاية/حامل(ة) البطاقة

تسجيل الناخب

إذا لم تكوني مسجلة للتصويت في الانتخابات في المكان الذي تعيشين فيه الآن، فهل ترغبين في تقديم طلب التسجيل هنا في هذا اليوم؟

نعم. (سيُحفظ المكان الذي تقدمين فيه طلبك للتسجيل بسرية).

لا. (سيُحفظ جوابك بـ "لا" بسرية).

إذا لم تضعي علامة في هذا المربع، فسنفترض بأنك اخترت عدم التسجيل.



التاريخ

توقيع المشتركة/القائمة (ة) بالعبارة

معلومات أخرى عن تسجيل الناخب:

- سيرسل مكتب شؤون الانتخابات في المقاطعة التابعة لها إليك بطاقة عبر البريد يعلمك باستلام طلبك للتسجيل.
- يمكنك أن تطلبي مساعدة في ملء هذا النموذج أو يمكنك أن تملئي نفسك.
- لن يتأثر مستوى الخدمة أو المخصصات التي قد تحصلين عليها من هذه الوكالة بقرارك بشأن التسجيل أو عدمه أو اختيارك للحزب السياسي الذي تفضلينه.
- إن كنت تعتقدين أن أحداً قد تدخل في حقك للتسجيل أو رفض أن يسجلك للانتخاب، أو في حقك إلى الخصوصية بشأن اتخاذ القرار سواء كنت ترغبين في التسجيل، أو حقك في اختيار الحزب السياسي الذي تفضلينه، فيجوز لك تقديم شكوى إلى وزير خارجية الولاية (Secretary of State) عبر البريد: Secretary of State, Salem, Oregon 97310. أو الهاتف: 503-986-1518.

تلتزم هذه المؤسسة بتكافؤ الفرص في تقديم خدماتها. عملاً بقانون الحقوق المدنية الفيدرالي وسياسات وأنظمة وزارة الزراعة الأمريكية (U.S. Department of Agriculture: USDA) المعنية بالحقوق المدنية، يحظر على USDA ووكالاتها ومكاتبها وموظفيها والمؤسسات المشاركة في برامج USDA أو المؤسسات التي تقوم بإدارتها من التمييز ضد أحد على أساس العرق أو اللون أو المنشأ الوطني أو الجنس أو الإعاقة أو العمر أو الانتقام أو الأثر لنشاط سابق بشأن حقوق مدنية في أي برنامج أو نشاط قامت USDA بعمله أو تمويله. ينبغي على الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يتطلّبون وسائل بديلة للتواصل بشأن معلومات عن البرنامج (كطريقة برايل للمكفوفين، طباعة النص بحروف كبيرة، شريط تسجيل صوتي، لغة الإشارة الأمريكية، وما إلى ذلك) الاتصال بالوكالة (الولاية أو المحلية) التي قاموا بتقديم طلباتهم إليها للحصول على المخصصات. يجوز للأفراد الذين يعانون من الصم أو ضعف السمع الشديد أو إعاقات في النطق الاتصال بـ USDA من خلال خدمة المرّحل الفيدرالي (Federal Relay Service) على رقم الهاتف 877-8339 (800). إضافة إلى ذلك، قد تتوفر معلومات عن البرنامج في لغات أخرى إضافة إلى اللغة الإنجليزية. لتقديم شكوى من التمييز في المعاملة في البرنامج، يجب استكمال نموذج شكوى من التمييز في أحد برامج USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form)، نموذج رقم AD-3027 الذي يمكن العثور عليه على الموقع الإلكتروني التالي: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html ، أو من أي مكتب من مكاتب USDA، أو إرسال رسالة إلى USDA تذكر فيها كافة المعلومات المطلوبة في النموذج. لطلب نسخة من نموذج الشكوى، يجب الاتصال برقم الهاتف 632-9992 (866). يجب إرسال النموذج المكتمل تعبئته أو الرسالة إلى USDA عبر إحدى الطرق التالية:

(2) جهاز الفاكس: 690-7442 (202) ؛ أو
(3) بريد إلكتروني: program.intake@usda.gov

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

إن كنتم بحاجة إلى هذه المعلومات بخط كبير أو بتنسيقات بديلة أخرى، تفضّلوا بالاتصال برقم الهاتف 971-673-0040 أو TTY (جهاز يستخدم لذوي الصم) 1-800-735-2900.