

ပူးပေါင်းပါဝင်သူ၏ အမည် (များ)
.....
.....
.....

WIC ID နံပါတ် (များ)
.....
.....
.....

ကျွန်ုပ်၏ အခွင့်အရေးများနှင့် တာဝန်ဝတ္တရားများ

WIC program မှ ပေးအပ်သော ကျွန်ုပ်၏ အခွင့်အရေးများနှင့် တာဝန်ဝတ္တရားများကို နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ WIC ထံသို့ ပေးအပ်ထားသော ကျွန်ုပ်၏ အချက်အလက်များအားလုံးသည် မှန်ကန်ပြီး WIC ဝန်ထမ်းသည် မည်သည့်အချက်အလက်များကိုမဆို စစ်ဆေးနိုင်ပါသည်။ အခွင့်အရေးများနှင့် တာဝန်ဝတ္တရားပုံစံ ၏ ကျောဘက်တွင် ဖော်ပြထားသော Oregon WIC Program စည်းကမ်းချက်များကို လိုက်နာပါမည်။ စည်းကမ်းချက်များကို လိုက်နာခြင်းမရှိလျှင် ကျွန်ုပ်သည် တရားစွဲဆိုမှုများကို ရင်ဆိုင်ဖြေရှင်းရမည် သို့မဟုတ် အရည်အချင်းပျက်ယွင်းကြောင်း သတ်မှတ်ခံရမည်ဖြစ်ပြီး ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် လက်ခံရယူရန် မသင့်သော အစားအစာများနှင့် ဖော်မျူလာတို့အတွက် WIC ထံသို့ ငွေကြေးပေးလျှောက်မှုကို ပြုလုပ်ပါမည်။ eWIC ကတ်တစ်ခုကို ကျွန်ုပ်အတွက် ထုတ်ပေးမည်ဖြစ်ပြီး ကျွန်ုပ်၏ ကတ်နှင့် PIN နံပါတ်များ၏ လုံခြုံမှုကို ကောင်းစွာထိန်းသိမ်းစောင့်ရှောက်ရန် တာဝန်ရှိပါသည်။

ကျွန်ုပ်၏ အချက်အလက်များကို ကာကွယ်ပေးမည်ဖြစ်သည်

- ပေးအပ်ခဲ့ပြီးသည့် ကျွန်ုပ်၏ အချက်အလက်များကို ကာကွယ်ပေးမည်ဖြစ်သည်။
• WIC အတွင်း ကျွန်ုပ်၏ ပူးပေါင်းပါဝင်မှုနှင့် ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များကို Oregon ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးအစီအစဉ်များနှင့် Oregon ဦးဆောင်စတင်မှု အစီအစဉ်များရှိသည့် အခြားပြည်နယ်သို့လည်း မျှဝေသွားနိုင်ပါသည်။ အခြားကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများကို အထောက်အကူပြုရန်နှင့် ကျွန်ုပ်၏ လိုအပ်ချက်များကို ဖြည့်ဆည်းမည့် အဆိုပါဝန်ဆောင်မှုများဖြင့် မည်သို့ဖြည့်ဆည်းရန် သင်ယူရေးအတွက်သာလျှင် ဤအချက်အလက်ကို အသုံးပြုသွားမည်ဖြစ်သည်။
• ကျွန်ုပ်ကလေး၏ ဆေးထိုးနှံမှုမှတ်တမ်းကို နိုင်ငံအဝန်း ကာကွယ်ဆေးထိုးနှံမှုမှတ်ပုံတင်စနစ်နှင့်အတူ မျှဝေနိုင်ပါသည်။

ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် သဘောတူခွင့်ပြုချက်

WIC program ဝန်ဆောင်မှု သို့မဟုတ် အကျိုးဝင်မှု၏ အတိုင်းအတာအရ Oregon WIC Program အနေဖြင့် ကျွန်ုပ် နှင့်/သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏ ကလေး သို့မဟုတ် ကလေးများအတွက် ကျန်းမာရေးအကြံစစ်ဆေးခြင်းကို ပံ့ပိုးပေးရန် ကျွန်ုပ်မှ ခွင့်ပြုချက်ပေးပါသည်။ ဤသဘောတူခွင့်ပြုချက်သည် အောက်ပါအချက်များအနက် တစ်ခု သို့မဟုတ် တစ်ခုထက်ပို၍ ပျက်ယွင်းသက်ရောက်သည့်အချိန်အထိ အသက်ဝင်မည်ဖြစ်သည်။

- ကျန်းမာရေးနှင့် ဓာတ်စာစားသောက်မှုမှတ်တမ်း
• အရပ်နှင့် ကိုယ်အလေးချိန်
• သွေးအားနည်းအဖျားရောဂါအတွက် သွေးစစ်ချက်
• အာဟာရဗေဒ ဆွေးနွေးတိုင်ပင်မှု/ပညာပေးခြင်း

အချက်အလက်များ ထုတ်ပြန်ခြင်း

WIC ဝန်ဆောင်မှုရရှိနိုင်သည့် အခြားနေရာတစ်ခုသို့ ပြောင်းရွှေ့လျှင် WIC အကျိုးခံစားခွင့်များကို ဆက်လက်ရယူနိုင်ရန် အတွက် ကျွန်ုပ်၏နေရာသစ်ရှိ ကျွန်ုပ်ပေးအပ်ခဲ့ပြီးသည့် ကျွန်ုပ်၏ အကျိုးခံစားခွင့်အချက်အလက်များကို WIC ဆေးခန်းထံသို့ မျှဝေသွားမည်ဖြစ်သည်။ WIC သည် ကျွန်ုပ်ကိုယ်တိုင် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏ကလေးနှင့် ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်ထံသို့ (ပူးပေါင်းပါဝင်သူ/စောင့်ရှောက်မှုပေးသူထံသို့) ထုတ်ပြန်ပေးနိုင်ပါသည်။

ဤပုံစံကို လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းအားဖြင့် အထက်ပါအချက်အလက်များကို သဘောတူညီပါသည်။
ပူးပေါင်းပါဝင်သူများအားလုံးသည် WIC အကျိုးခံစားခွင့်များကို လက်ခံရယူရန် ဤပုံစံကို လက်မှတ်ရေးထိုးရမည်။



.....
ပူးပေါင်းပါဝင်သူ/စောင့်ရှောက်မှုပေးသူ/ကတ်ကိုင်ဆောင်သူ၏ လက်မှတ် ရက်စွဲ

# မဲဆန္ဒပြုသူ၏ မှတ်ပုံတင်ခြင်း

သင်နေထိုင်သည့်နေရာတွင် ဆန္ဒမဲပေးရန်အတွက် မှတ်ပုံတင်ခြင်းကို မပြုလုပ်ရသေးလျှင် ယခုမှတ်ပုံတင်လိုပါသလား။

မှန်ကန်ပါသည်။ (သင့်မှတ်ပုံတင်ခြင်းကို သင်တင်သွင်းသည့်နေရာသည် လျှို့ဝှက်ပြီး လုံခြုံပါသည်။)

မမှန်ကန်ပါ။ ("မမှန်ကန်ပါ" ဟု သင်အမှတ်ခြစ်ခဲ့သည့် အချက်အလက်သည် လျှို့ဝှက်ပြီး လုံခြုံပါသည်။)

သင်သည် အကွက်ငယ်တစ်ခုကို အမှတ်ခြစ်ခြင်းမရှိလျှင် သင်သည် မှတ်ပုံတင်လိုခြင်းမရှိဟု ယူဆခံရပါမည်။



ပူးပေါင်းပါဝင်သူ/စောင့်ရှောက်မှုပေးသူ၏ လက်မှတ်

ရက်စွဲ

## မဲဆန္ဒပြုလိုသူ၏ အခြားအချက်အလက်များ

- သင့်ကောင်တီ၏ ရွေးကောက်ပွဲဆိုင်ရာရုံးများမှ သင့်မှတ်ပုံတင်ခြင်းကို လက်ခံရရှိကြောင်း သိရှိစေရန် ကတ်ပြားတစ်ခုကို သင့်ထံသို့ ပေးပို့မည်ဖြစ်သည်။
- ဤပုံစံကို ဖြည့်သွင်းရာတွင် အထောက်အကူရယူရန် အကူအညီတောင်းခံနိုင်ပြီး သင်ကိုယ်တိုင်လည်း ဖြည့်သွင်းနိုင်ပါသည်။
- ဦးစားပေးလိုသည့် ပါတီတစ်ခုခုအား ရွေးချယ်ခြင်းအတွက် မှတ်ပုံတင်ရန် သို့မဟုတ် မှတ်ပုံမတင်ရန် သင့်ဆုံးဖြတ်ချက်သည်ဤအေဂျင်စီထံမှ သင်ရရှိနိုင်သည့် ဝန်ဆောင်မှု သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်များကို သက်ရောက်စေမည်မဟုတ်ပါ။
- မှတ်ပုံတင်ရန်ဖြစ်စေ သင်၏ မဲဆန္ဒပေးရန်အတွက် မှတ်ပုံတင်ရန် သို့မဟုတ် မှတ်ပုံတင်ခြင်းကို ငြင်းပယ်ရန် သင့်အခွင့်အရေး၊ မှတ်ပုံတင်ရန် ပြုမပြုဆုံးဖြတ်သည့် သင့်ပုဂ္ဂိုလ်ရေးဆိုင်ရာ လုံခြုံမှုဆိုင်ရာ အခွင့်အရေး၊ သို့မဟုတ် ဦးစားပေးလိုသည့် ပါတီတစ်ခုခုအား ရွေးချယ်ခြင်းအတွက် သင့်အခွင့်အရေးတို့ကို တစ်စုံတစ်ဦးမှ နှောက်ယှက်ဟန့်တားသည်ဟု သင်ယုံကြည်မိလျှင်က Secretary of State, Salem, Oregon 97310 သို့ တိုင်ကြားစာ ပေးပို့နိုင်ပါသည်။ တယ်လီဖုန်းနံပါတ် 503-986-1518

တန်းတူရည်တူရှိသော အခွင့်အလမ်းများကို ဤအဖွဲ့အစည်းမှ ပေးအပ်ပါသည်။ ပြည်ထောင်စု နိုင်ငံသားများ၏ ရပိုင်ခွင့်များဆိုင်ရာ ဥပဒေနှင့် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု စိုက်ပျိုးရေးဝန်ကြီးဌာန (USDA) နိုင်ငံသားများ၏ ရပိုင်ခွင့်များဆိုင်ရာ လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများနှင့် မူဝါဒအရများအရ USDA ၊ ၎င်း၏ အေဂျင်စီများ၊ ရုံးများနှင့် အမှုထမ်းများနှင့်တကွ USDA အစီအစဉ်များအတွင်း ပူးပေါင်းပါဝင်လျက်ရှိသော သို့မဟုတ် စီမံအုပ်ချုပ်လျက်ရှိသော အဖွဲ့အစည်းများအား လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ မွေးဖွားရာမူလနိုင်ငံ၊ လိင်အမျိုးအစား၊ မသန်စွမ်းမှု၊ အသက်အရွယ်တို့အပေါ် အခြေခံ၍ ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်းမပြုရန်ဖြစ်စေ USDA မှ ပြုလုပ်သော သို့မဟုတ် ငွေကြေးမတည်သော မည်သည့်အစီအစဉ် သို့မဟုတ် လုပ်ဆောင်ချက်အတွင်း၌မဆို နိုင်ငံသားများ၏ ရပိုင်ခွင့်ဆိုင်ရာလုပ်ဆောင်ချက်များအတွက် လက်တုန့်ပြန်ခြင်း သို့မဟုတ် တုန့်ပြန်မှုတစ်စုံတစ်ရာ ပြုလုပ်ခြင်းတို့မှ တားမြစ်သည်။ အစီအစဉ်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များအတွက် (မျက်မမြင်စာ၊ ပုံနှိပ်စာအကြီး၊ အသံသွင်းတိပ်ခွေ၊ အမေရိကန် သင်္ကေတပြဘာသာစကား အစရှိသည့်) အခြားဆက်သွယ်မှုနည်းလမ်းများကို လိုအပ်လျက်ရှိသည့် မသန်စွမ်းသူများသည် (ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဒေသဆိုင်ရာ) ၎င်းတို့လျှောက်ထားသည့် အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် အေဂျင်စီထံသို့ ဆက်သွယ်သင့်သည်။ နားမကြားသူများ၊ အကြားအာရုံချို့တဲ့နေသူများ သို့မဟုတ် စကားပြောဆိုရန် မစွမ်းဆောင်နိုင်သူများသည် (800) 877-8339 နံပါတ်ဖြင့် Federal Relay Service မှတစ်ဆင့် USDA သို့ ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ ထို့ပြင် အစီအစဉ်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာနှင့်သာမက အခြားဘာသာစကားများဖြင့်လည်း ရရှိနိုင်ပါသည်။ ခွဲခြားဆက်ဆံခံရခြင်းအား တိုင်ကြားမည့်အစီအစဉ်ကို ပိုင်တွဲရန်အတွက် [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) လင့်ခ်၊ မည်သည့် USDA ရုံးတွင်မဆို ၊ တွေ့ရှိရသည့် USDA ခွဲခြားဆက်ဆံခံရခြင်းဆိုင်ရာ တိုင်ကြားမှုပုံစံကို ဖြည့်စွက်ပါ သို့မဟုတ် USDA သို့ လိပ်မူ၍ စာတစ်စောင်ရေးပြီး ပုံစံအတွင်းတောင်းဆိုထားသော အချက်အလက်များအားလုံးကို စာအတွင်း၌ ပံ့ပိုးပေးပါ။ တိုင်ကြားမှုပုံစံမိတ္တူတောင်းဆိုရန် (866) 632-9992 သို့ ခေါ်ဆိုပါ။ သင်ဖြည့်စွက်ထားသည့်ပုံစံ သို့မဟုတ် စာကို USDA သို့ အောက်ပါတို့မှတစ်ဆင့် တင်သွင်းပါ -

(1) **စာပို့ရန်** - အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု စိုက်ပျိုးရေးဝန်ကြီးဌာန နိုင်ငံသားများ၏ ရပိုင်ခွင့်များဆိုင်ရာ လက်ထောက်အတွင်းဝန်ရုံး  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410 ၊

(2) ဖက်စ် - (202) 690-7442-သို့မဟုတ်  
(3) **အီးမေးလ်** - [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

သင်သည် ဤအချက်အလက်များကို ပုံနှိပ်ပုံစံအကြီးဖြင့်ဖြစ်စေ အခြားပုံစံတစ်ခုဖြင့် လိုအပ်လျှင် 971-673-0040 သို့ ခေါ်ဆို၍ဖြစ်စေ 1-800-735-2900 သို့ ကြေးနန်းစာပို့၍ဖြစ်စေ ဆက်သွယ်စေလိုပါသည်။