

参与者姓名

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

WIC ID 号

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

我的权利与职责

我了解本人在 WIC 计划中的权利和责任。我提供给 WIC 的所有信息皆属实, WIC 工作人员可对其中的任意信息进行核实。我将遵守载列于《权利与责任表》背面的 WIC 计划规定。如果我未遵守这些规定, 我可能会面临法律起诉或被取消相关资格, 并且必须就我本不应收到的食品或配方向 WIC 偿付相关费用。我将收到一张发放的 eWIC 卡片, 而且我有责任确保该卡和 PIN 的安全。

我的信息将受到保护

- 我提供的信息将受到保护。
- 关于我参加 WIC 的相关信息可能会被其他俄勒冈州公共健康计划和俄勒冈州开端 (Oregon Head Start) 计划进行分享。本信息将仅用于帮助我获取其他健康服务, 以及获悉这些服务在满足我需求方面的具体情况。
- 我孩子的注射记录可供全州的免疫挂号处分享。

服务知情同意书

我授权俄勒冈州 WIC 计划在 WIC 计划服务或适用期间, 为我和/或我的孩子或上述儿童提供健康检查。本知情同意书将继续生效直至撤销, 并适用于下列一个或多个项目:

- 健康与饮食记录
- 针对贫血症的血液检查
- 身高和体重
- 营养咨询/教育

信息披露

如果我搬迁至另一个 WIC 服务区域, 我提供的资格信息将与我在所在新区域的 WIC 服务中心 (WIC clinic) 进行分享, 以便我可以继续享受 WIC 福利。WIC 可以向我 (参与者/临时代理人) 披露关于本人或我孩子的相关信息。

通过签署本表, 我同意上述信息。

所有参与者必须在本表这一面上签字, 以获得 WIC 福利。



参与者/临时代理人/持卡人签名

日期

投票人注册

如果您尚未进行相关注册以对您现在所居之处进行投票, 那您今天是否想在此进行注册?

是。 (您提交注册信息的地方是保密的。)

否。 (您选择“否”的事实是保密的。)

如果您二者都不选, 我们将假定您选择放弃注册。



参与者/临时代理人签字

日期

其他投票人注册信息：

- 您所在的县选举处将给您邮寄一张卡片, 以便让您知道您的注册已通过。
- 您可以寻求相关帮助以填写本表或者您可以独自完成本表的填写。
- 无论您决定注册与否, 抑或选择更喜欢一个政党, 您可以从本机构获取的服务或福利将不受任何影响。
- 如果您认为有人妨碍了您享有注册或拒绝注册以进行投票的权利、您在决定是否注册过程中享有的隐私权, 或者您选择政治倾向的权利, 您可以向州务卿呈交诉状 (Secretary of State), 地址: Salem, Oregon 97310。电话号码: 503-986-1518。

此机构提供平等机会。依据联邦民权法和美国农业部 (USDA) 民权法规和政策规定, 禁止 USDA、其机构、办事处和员工以及参与或管理 USDA 计划的机构因种族、肤色、国籍、性别、残疾、年龄或对之前民权活动的报复而在 USDA 实施或资助的任何计划或活动中实施歧视。残障人士若需要其他通信工具来获取计划相关信息 (例如盲文、大字印刷版本、录音带、美国手语等), 应联系其申请福利的机构 (国家机构或地方机构)。耳聋、重听或有语言障碍的个人可通过拨打联邦信息传递服务 (Federal Relay Service) 电话: (800) 877-8339 联系 USDA。此外, 可提供英语以外的其他语种的计划信息。欲提交计划歧视投诉, 请完整填写《USDA 计划歧视投诉表》, (AD-3027) 可登录下列网站在线查找:

http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, 以及前往任意 USDA 办事处, 或向 USDA 递交投诉信, 并在该信中注明此投诉表所需的全部信息。如需投诉表格副本, 请拨打 (866) 632-9992。您可通过以下方式将您完成的表格或信函提交至 USDA:

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

(2) **传真:** (202) 690-7442 ; 或

(3) **电子邮箱:** program.intake@usda.gov

如果您需要大号字体印刷或其他格式的信息版本, 请致电 971-673-0040 或 TTY 1-800-735-2900。