



# Согласие участника с условиями программы, заверенное подписью



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 ли 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, а также нормами и правилами в области гражданских прав, установленными Министерством сельского хозяйства США (USDA), Министерству USDA, его службам, отделениям и сотрудникам, а также учреждениям, участвующим в программах Министерства USDA или осуществляющим эти программы, запрещается проявлять дискриминацию к какому-либо лицу по признаку расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, пола, ограниченных возможностей, возраста или в порядке ответной меры или возмездия за какую-либо деятельность в прошлом, связанную с борьбой за гражданские права в какой-либо программе, или участие в мероприятии, проводимом или финансируемым Министерством USDA. Лицам с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства связи для получения информации о программах (текст, набранный шрифтом Брайля или крупным шрифтом, звукозапись текста, зачитанного вслух, видеозапись на американском языке жестов и т. д.), следует обратиться в службу (штата или района), в которую они обращались с заявлением о предоставлении им льгот. Отдельные лица, страдающие глухотой, нарушениями слуха или речи, могут связаться с Министерством сельского хозяйства США посредством федеральной службы передачи коммутированных сообщений по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программах может быть доступна не только на английском, но и на других языках. Для подачи жалобы на дискриминационные действия в отношении участника программы заполните форму «Жалоба о факте дискриминации» для участника программы Министерства USDA (AD-3027), который вы найдёте в Интернете по адресу: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), а также в любом офисе Министерства USDA, или напишите письмо в Министерство сельского хозяйства США и предоставьте в этом письме всю запрашиваемую в форме информацию. Для того, чтобы запросить копию формы для подачи жалобы, позвоните по тел. (866) 632-9992. Заполненную форму жалобы или письмо в Министерство сельского хозяйства США следует отправить следующим образом:

**(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:** (202) 690-7442; или

**(3) по эл. почте:** [program.intake@usda.gov](mailto: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.**