

सूचना: तपाईंको WIC लाभहरूमा परिवर्तन



मिति: _____

आदरणीय _____:

_____ ले अब उपरान्त WIC लाभहरू प्राप्त गर्नुहुनेछैन _____

_____ | WIC का परिवारका अन्य सदस्यहरूले अझैपनि सेवाहरू प्राप्त सक्नुहुन्छ।

यो परिवर्तनको कारण कारण निम्न छन्:

- ❑ तपाईंले एक वर्षसम्म स्तनपान गर्नुभयो –उत्कृष्ट कार्य! हामीले डेलिभरी एक वर्ष भन्दा धेरै नाघेका महिलाहरूलाई सेवा प्रदान गर्न सक्दैनौं तर हामीले तपाईंलाई आँफूले चाहेको समयसम्म स्तनपान जारी राख्न प्रोत्साहन गर्छौं।
- ❑ हामीले स्तनपान नगराउने आमाहरूलाई डेलिभरीपछि जम्मा 6 महिना सम्म सेवा प्रदान गर्छौं। हामीले तपाईंको बच्चाको लागि WIC सेवाहरू उपलब्ध गराउन जारी राख्छौं।
- ❑ तपाईंको बच्चा 5 वर्ष उमेरको छ वा हुनेछ।
- ❑ माथि सूचीबद्ध गरिएको व्यक्तिले निर्धारित अपोइन्टमेन्ट(हरू) राख्नु भएको थिएन। कृपया तपाईंले WIC का लागि पुनः आवेदन गर्न चाहनुहुन्छ भने फोन गर्नुहोस्।
- ❑ तपाईंको घरायसी आम्दानी ओरेगन WIC आम्दानी मानदण्ड भन्दा माथि छ। WIC का परिवारका सम्पूर्ण सदस्यहरूका लागि सेवाहरू समाप्त हुँदैछन्।
- ❑ अन्य: _____

तपाईं WIC का लागि पुनः आवेदन दिन चाहनुहुन्छ भने, कृपया अपोइन्टमेन्टका लागि फोन गर्नुहोस्। तपाईं हाम्रा क्लिनिकहरूमा अन्य स्वास्थ्य सेवाहरूको लागि पनि योग्य हुन सक्नुहुन्छ। तपाईं योग्य हुन सक्ने कुनै पनि सेवाको बारेमा कुनै पनि WIC कर्मचारीलाई सोध्नुहोस्।

तपाईंसँग कुनै प्रश्नहरू छन् वा यो निर्णयसँग असहमत भने, कृपया हामीलाई कल गर्नुहोस्:

तपाईंलाई आफूले WIC का लागि आवश्यकताहरू पूरा गरेको छु भन्ने लाग्छ भने तपाईंलाई 60 दिन भित्र निष्पक्ष सुनुवाईको अनुरोध गर्ने अधिकार छ। तपाईंले तलको WIC राज्य कार्यालयमा फोन गर्न वा पत्र लेख्न सक्नुहुनेछ:

Oregon WIC Program

PO Box 14450

Portland, OR 97293-0450

(971) 673-0040

TTY: (503) 731-4031

फ्याक्स: (971) 673-0071

Oregon
Health
Authority

संघीय देवानी अधिकार सम्बन्धी कानून र अमेरिकी कृषि विभाग (USDA) का देवानी अधिकार सम्बन्धी नीति तथा कानूनहरू अनुसार, USDA, यसका निकाय, कार्यालय तथा कर्मचारीहरू र USDA का कार्यक्रमहरूको सञ्चालनमा सहभागी संस्थाहरूलाई

USDA द्वारा सञ्चालित वा वित्त व्यवस्था गरिएका कुनै पनि कार्यक्रम वा गतिविधिमा कुनै पनि व्यक्तिलाई जाति, रङ, राष्ट्रिय उत्पत्ति, लिङ्ग, असक्षमता, उमेर वा कुनै पनि अघिल्लो कार्यक्रम वा गतिविधिको देवानी अधिकारहरूको सम्बन्धमा बदला वा प्रतिशोधका आधारमा भेदभाव गर्न निषेध गरिएको 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 गरिएको भेदभाव सम्बन्धी उजुरी दायर गर्नका लागि, USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) भर्नुहोस्, यो फाराम: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, र कुनै USDA को कार्यालयमा वा USDA लाई सम्बोधन गरी पत्र, लेख्नुहोस् यो फाराममा अनुरोध गरिएका सम्पूर्ण जानकारी पत्रमा प्रदान गर्नुहोस्। उजुरी फारामको प्रतिलिपि अनुरोध गर्न, (866) 632-9992 मा फोन गर्नुहोस्। तपाईंले भर्नुभएको फाराम वा पत्रलाई निम्न ठेगानामा USDA मा पेश गर्नुहोस्:

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

(2) फ्याक्स: (202) 690-7442; वा

(3) इमेल: program.intake@usda.gov

यो संस्था समान अवसर प्रदायक हो। तपाईंलाई यो जानकारी ठूलो अक्षरमा छापिएको वा वैकल्पिक ढाँचामा आवश्यक छ भने, कृपया 971-673-0040 वा TTY 800-735-2900 मा फोन गर्नुहोस्।