

Ім'я учасника (учасників)

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

Ідентифікаційний номер (номери) WIC

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

Мої права та обов'язки

Я розумію мої права та обов'язки згідно програми WIC. Уся інформація, яку я надала WIC, є правдивою, і персонал WIC може перевірити цю інформацію. Я буду дотримуватися правила програми WIC, наведені на зворотному боці форми «**Права та обов'язки**». Якщо я не буду дотримуватися цих правил, на мене можуть бути накладені передбачені законом витрати, або мене може бути виключено з програми та я буду зобов'язана повернути WIC гроші за ті харчові продукти та поживні суміші, які я не мала права отримати. Мені буде надано картку eWIC, і я повинна гарантувати безпеку моєї картки та PIN-коду.

Інформація про мене буде захищена

- Інформація, яку я надала, буде захищена.
- Інформація про мою участь у WIC може бути надана іншій установі з програм охорони здоров'я штату Орегон і з програм «Head Start» штату Орегон. Ця інформація буде використана лише для того, щоб допомогти мені отримати інші медичні послуги і дізнатися про те, наскільки ці послуги відповідають моїм потребам.
- Картка обліку вакцинацій моєї дитини може бути надана національному реєстру з вакцинації.

Згода на послуги

Я надаю Програмі WIC штату Орегон право проводити скринінг мого здоров'я та/або здоров'я моєї дитини (моїх дітей), вказаних вище, на протязі усього періоду програми WIC або періоду придатності до програми. Ця згода залишатиметься у силі до тих пір, доки вона не буде відкликана, і поширюється на одне чи більше з наступного:

- Історія стану здоров'я та харчування
- Аналіз крові на анемію
- Ріст і вага
- Рекомендація щодо харчування/виховання

Розкриття інформації

Якщо я переїду до іншої зони обслуговування WIC, тоді інформація щодо придатності до програми, яку я надала, буде передана клініці WIC у моїй новій зоні обслуговування, для того щоб я могла й далі користуватися пільгами WIC. WIC має право розкрити інформацію про мене або про мою дитину мені (учаснику/опікуну).

Підписуючи цю форму, я погоджуюся з вищенаведеною інформацією.

Усі учасники повинні поставити свій підпис на цьому боці даної форми, для того щоб отримувати пільги WIC.



.....
Підпис учасника/опікуна/власника картки

.....
Дата

Реєстрація виборця

Якщо Ви не зареєстровані для участі у голосуванні там, де Ви зараз живете, чи не бажаєте Ви зробити це сьогодні?

Так. (Де Ви подаєте заявку на реєстрацію є конфіденційною інформацією.)

Ні. (Той факт, що Ви обрали варіант «ні», є конфіденційною інформацією.)

Якщо Ви не вибрали жодний варіант, то ми будемо вважати, що Ви вирішили не реєструватися.



Підпис учасника / опікуна

Дата

Інша інформація про реєстрацію виборця:

- Виборча комісія в Вашому окрузі надішле Вам картку, щоб повідомити Вам про те, що Ваша реєстрація прийнята.
- Ви можете попросити про те, щоб Вам допомогли заповнити цю форму, або Ви можете заповнити її самостійно.
- Чи вирішили Ви реєструватися, а також те, яку партію Ви обрали, не чинитиме впливу на послуги чи пільги, які Ви можете отримати від цього агентства.
- Якщо Ви вважаєте, що хтось перешкодив Вам у здійсненні Вашого права на реєстрацію як виборця або у відмові від такої реєстрації, Вашого права на приватність у вирішенні питання щодо того, чи реєструватися, або Вашого права вибрати, за кого голосувати, Ви можете подати скаргу до секретаря штату, м. Салем, штат Орегон 97310. Телефон 503-986-1518.

Ця установа є постачальником рівноправних можливостей. Відповідно до федерального законодавства про громадянські права, правил і політики Міністерства сільського господарства США (U.S. Department of Agriculture, USDA) в області громадянських прав, цій установі заборонено здійснювати дискримінацію за расою, кольором шкіри, національним походженням, статтю (зокрема гендерною ідентичністю й сексуальною орієнтацією), інвалідністю чи віком, а також застосовувати будь-які каральні заходи у зв'язку з попередньою діяльністю в області громадянських прав. Інформація про програму доступна не лише англійською мовою. Особи з обмеженими можливостями, які потребують альтернативних форм подання інформації про програму (наприклад, шрифтом Брайля, великим шрифтом, у вигляді аудіозапису чи американською мовою жестів), повинні звернутися до вповноваженого агентства штату або місцевого агентства, що керує програмою, чи до центру технологій і ресурсів TARGET Center при USDA за номером (202) 720-2600 (голосовий виклик чи телетайп) або зв'язатися з USDA через Федеральну службу комутованих повідомлень (Federal Relay Service) за номером (800) 877-8339. Щоб подати скаргу на дискримінацію у зв'язку з програмою, необхідно заповнити форму AD-3027 (Форма подання скарги на дискримінацію у зв'язку з програмою USDA), яку можна знайти тут: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-ukrainian.pdf>, звернутися до будь-якого офісу USDA, зателефонувати на номер (866)-632-9992 або надіслати листа до USDA. Такий лист має містити ім'я та прізвище заявника, його адресу й номер телефону, а також докладний опис імовірної дискримінаційної дії, щоб належним чином поінформувати помічника міністра з питань громадянських прав (Assistant Secretary for Civil Rights, ASS) про характер і дату ймовірного порушення громадянських прав. Заповнену форму AD-3027 або лист необхідно надіслати до USDA будь-яким із наведених нижче способів:

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

(2) факс: (833)256-1665 чи (202) 690-7442; або
(3) email: program.intake@usda.gov

Якщо Ви бажаєте, щоб ця інформація була надрукована великими буквами або була наведена в іншому форматі, зателефонуйте, будь-ласка, за номером 971-673-0040 або TTY 1-800-735-2900