

حقوق ومسؤوليات المشاركين في برنامج Iowa Women, Infants and Children (WIC)

حقوقي بوصفي مشتركًا ببرنامج WIC:

- تنطبق قواعد الاستفادة من WIC نفسها على الجميع بغض النظر عن العرق واللون والأصل القومي والعمر والإعاقة والجنس.
- إن مهمة WIC هي توفير معلومات عن التغذية والإرضاع والأطعمة الصحية وتزويدي بأي خدمات صحية أو مجتمعية قد أحتاج إليها. أنا متشجع للاشتراك في هذه الخدمات.
- سيتواصل اختصاصيو الصحة في WIC معي لوضع أهداف تغذوية لبناء نمط حياة صحي.
- سوف أعلم WIC في حال قررت الانتقال إلى ولاية أخرى وسيزودونني بأوراق النقل لأخذها معي وأستمر بالانتفاع من خدمات WIC في مكان إقامتي الجديد.
- يمكنني طلب جلسة استماع نزيهة إذا أخبرني موظفو WIC أنه لا يمكنني الاستفادة من WIC وعارضتهم الرأي. لدي 60 يومًا من استلامي الرسالة التي تحدد أهليتي لأكتب أو أتصل بمكتب WIC محلي وأطلب جلسة.

مسؤولياتي بوصفي مشتركًا ببرنامج WIC:

- يعد الاشتراك في أكثر من برنامج WIC واحد (داخل الولاية أو خارج الولاية) أمرًا غير قانوني وسيؤدي إلى إنهاء اشتراكي بالبرنامج.
- سوف أسمح بإجراء فحص صحي لبرنامج WIC لجميع أفراد أسرتي المتقدمين بطلب للاشتراك ببرنامج WIC. يتضمن الفحص الصحي لبرنامج WIC الإجابة عن أسئلة متعلقة بالصحة والنظام الغذائي وقياس الطول والوزن وإجراء فحوصات دموية للكشف عن فقر الدم. يساعد هذا WIC على تقديم منافع وخدمات تتناسب مع احتياجات عائلتي.
- سوف ألتزم بمواعيدي أو أتصل مسبقًا في حال لم أستطع حجز موعد.
- سوف أبقى WIC على إطلاع بأي تغييرات مهمة قد تحصل مثل تلك المتعلقة بمعلومات الاتصال الخاصة بي وتغييرات الاسم وتغييرات الحضانة للأطفال تحت رعايتي الذين يتلقون خدمات WIC.
- سأعامل موظفي WIC وموظفي محلات البقالة والممتلكات بلطف واحترام. أدرك أنني، أو أي من وكلائي، مهدد بفقد مزايا WIC الغذائية الخاصة بي عن طريق الإساءة اللفظية أو المضايقة أو التهديد أو الإيذاء الجسدي لأحد موظفي WIC، أو عميل WIC آخر، أو موظفي متجر البقالة.
- سأشتري فقط الأطعمة المسموح بها المذكورة في قائمة مزايا WIC الغذائية الشخصية باستخدام بطاقة eWIC التي منحت لي.
- سأحرص على أن يستفيد فقط الشخص (الأشخاص) المشترك (المشتركين) ببرنامج WIC من الغذاء الذي يوفره البرنامج. أنا أدرك أن الغذاء الذي يوفره برنامج WIC هو بهدف تعزيز ودعم العافية والناحية التغذوية للفرد ومساعدته على تأمين المدخول المنصوح به من الأغذية والأطعمة المهمة.
- لن أقايض أو أبيع أو أنقل أو أبادل أو أحول مقايضة أو بيع أو نقل أو مبادلة أيًا من الأغذية/حليب الرضع أو المزايا التي مُنحت لي. لن أسمح لأي شخص آخر بمقايضة أو بيع أو نقل أو مبادلة أو أن يعرض مقايضة أو بيع أو نقل أو مبادلة أيًا من الأغذية/حليب الرضع أو المزايا التي مُنحت لي.

- سأحتفظ لمدة ثلاثة أشهر بجميع إيصالات المتجر للأغذية أو حليب الرضع الذي أشتريه بمساعدات مالية غير مقدمة من برنامج WIC مماثلة لتلك الصادرة عن WIC إذا كنت أنوي بيع هذه الأغراض أو مقايضتها أو التخلي عنها. يثبت هذا الإجراء أنني لم أشتري هذه الأغراض بمساعدات WIC المالية.

أدرك بوصفي مشتركًا ببرنامج WIC أن:

- يجب عليّ إعادة التقدم بطلب للانضمام في نهاية فترة صلاحية البرنامج وأن أخضع لإعادة التقييم لتحديد أهليتي للاشتراك بالبرنامج.
- لا يوفر برنامج WIC كل الغذاء وحليب الرضع الذي أحتاجه شهريًا لأن WIC برنامج داعم.
- سأفصل من البرنامج إذا لم تصدر لي مزايا غذائية لمدة أربعة أشهر متتالية.
- قد تسمح إدارة (HHS) Department of Health and Human Services بمشاركة بيانات WIC الخاصة بي مع برامج صحية وتعليمية محددة. يجوز لهذه البرامج استخدام هذه البيانات لتحديد أهليتي لبرامجهم، ولتزويدي بمعلومات عن هذه البرامج ولتسهيل عملية الاشتراك؛ ولتحسين صحتي أو تعليمي أو عافيتي في حال اشتراكي مسبقًا في برامجهم؛ ولضمان تلبية حاجات الرعاية الصحية الخاصة بي. ستستخدم هذه المعلومات من قبل وكالات WIC والمنظمات العامة لإدارة برامجها التي تخدم الأشخاص المؤهلين لبرنامج WIC. أدرك أن HHS قد تسمح أيضًا بمشاركة معلومات WIC الخاصة بي وفقًا للمطلوب أو المصرح به في القانون الفيدرالي أو قانون الولاية. يمكنني طلب قائمة ببرامج HHS التي قد تُشارك معلومات WIC الخاصة بي معها مثلما نُصِّ في "خصوصية معلومات المشارك" في سياسة WIC.

لقد تم إبلاغي بحقوقى والتزاماتي المتعلقة بالبرنامج. أشهد أن المعلومات التي أدليت بها من أجل تحديد أهليتي صحيحة، على حد علمي. سيقدّم نموذج الشهادة هذا من أجل تلقي المساعدة الفيدرالية. يمكن لمسؤولي البرنامج التحقق من المعلومات الواردة في هذا النموذج. أدرك أن الإدلاء ببيان كاذب أو مضلل عن قصد أو تحريف الحقائق أو إخفائها أو حجبها عمدًا قد يؤدي إلى أن أدفع أنا، نقدًا، قيمة المزايا الغذائية الصادرة لي بشكل غير صحيح إلى وكالة الدولة وقد يخضعني أيضًا للمقاضاة المدنية أو الجنائية بموجب قانون الولاية والقانون الفيدرالي.

اسم المشترك (المشاركين) في برنامج WIC المعتمد (المعتمدين) اليوم: _____

توقيع المشترك/الوالد/الوصي: _____

التاريخ: _____

وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي واللوائح والسياسات المدنية لـ (U.S. Department of Agriculture (USDA)، يحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو الجنس (بما في ذلك الهوية الجنسية والتوجه الجنسي) أو الإعاقة أو السن، أو الانتقام أو المجازاة فيما يخص أي نشاط سابق يتعلق بالحقوق المدنية.

قد يتم توفير معلومات البرنامج بلغات أخرى بخلاف الإنجليزية. يجب على الأشخاص ذوي الإعاقة ممن بحاجة إلى وسائل اتصال بديلة (على سبيل المثال، طريقة برايل، والأحرف الواضحة الكبيرة، وشريط التسجيل، ولغة الإشارة الأمريكية) للحصول على المعلومات، الاتصال بالولاية أو الوكالة المحلية المسؤولة التي تدير البرنامج أو مركز TARGET التابع لبرنامج (U.S. Department of Agriculture (USDA)، من خلال رقم الهاتف (202)720-2600، (الهاتف الصوتي والنصي)، أو التواصل مع برنامج (U.S. Department of Agriculture (USDA) من خلال خدمة التواصل النصي الفيدرالية من خلال 833-877-800).

لتقديم شكوى فيما يخص التمييز، يجب على مقدم الشكوى إكمال نموذج AD-3027، نموذج الشكوى بشأن التمييز في برنامج USDA، والذي يمكن الحصول عليه من خلال <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> من خلال أي مكتب تابع لـ USDA، عبر الاتصال برقم 9992-632-866، أو إرسال خطاب إلى USDA. يجب أن يتضمن الخطاب اسم مقدم الشكوى وعنوانه ورقم هاتفه، بالإضافة إلى وصف مكتوب يتضمن الإجراء التمييزي المزعوم متضمناً لمعلومات كافية لتقديمها إلى الأمين المساعد بإدارة حقوق المدنية (ASCR)، فيما يخص طبيعة الانتهاك المزعوم للحقوق المدنية وتاريخ حدوث ذلك. يجب إرسال نموذج AD-3027 أو الخطاب الخاص به إلى USDA من خلال:

- (1) البريد: مكتب الوكيل المساعد لوزارة U.S. Department of Agriculture للحقوق المدنية 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410؛ أو
- (2) الفاكس: 1665-256-833 أو 7442-690-202؛ أو
- (3) البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov

تقدم هذه المؤسسة فرصاً متساوية للجميع.