

حقوقى بوصفى مشتركًا ببرنامج WIC:

- تنطبق قواعد الاستفادفة من WIC نفسها على الجمىع بغض النظر عن العرق واللون والأصل القومى والعمر والإعاقة والجنس.
- إن مهمة WIC هى توفير معلوماف عن التغذى والإرضاع والأطعمة الصفىة وتزوىدى بأى خدمات صفىة أو مجتمعىة قد أحتاج إليها. أنا متشجع للاشتراك فى هذه الخدمات.
- سىتواصل اأخصاصىو الصفىة فى WIC معى لوضع أهداف تغذىة لبناء نمط حىاة صفى.
- سوف أعلم WIC فى حال قررت الانتقال إلى ولاة أأرى وسىزودونى بأوراق النقل لأأها معى وأسمر بالانتفاع من خدمات WIC فى مكان إقامتى الجدى.
- يمكنى طلب جلسة استماع نزىهة إذا أأبرنى موظفو WIC أنه لا يمكنى الاستفادفة من WIC وعارضتهم الرأى. لدى 60 يومًا من استلامى الرسالة التى تحدد أهلىتى لأكتب أو أتصل بمكتب WIC محلى وأطلب جلسة.

مسؤولىاتى بوصفى مشتركًا ببرنامج WIC:

- يعد الاشتراك فى أكثر من برنامج WIC واحد (داآل الولاية أو آارج الولاية) أمرًا غير قانونى وسىؤدى إلى إنهاء اشتراكى بالبرنامج.
- سوف أسمح بأجراء فحص صفى لبرنامج WIC لجمىع أفراد أسرتى المتقدمىن بطلب للاشتراك ببرنامج WIC. ىتضمن الفحص الصفى لبرنامج WIC الإجابة عن أسئلة متعلقة بالصفىة والنظام الغذائى وقىاس الطول والوزن وإجراء فحوصاف دموىة للكشف عن فقر الدم. ىساعد هذا WIC على تقديم منافع وخدمات تتناسب مع اأتىاجاف عائلتى.
- سوف ألتزم بمواعىدى أو أتصل مسبقًا فى حال لم أستطع آجز موعد.
- سوف أبقى WIC على اطلاع بأى تغىىراف مهمة قد تحصل مثل تلك المتعلقة بمعلوماف الاتصال الخاصة بى وتغىىراف الاسم وتغىىراف الحضانة للأطفال تحت رعاىتى الذىن ىتلقون خدمات WIC.
- سأعامل موظفى WIC وموظفى محلات البقالة والممتلكاف بلطف واحترام. أدرك أننى، أو أى من وكلائى، مهدد بفقد مزاىا WIC الغذائىة الخاصة بى عن طرىق الإساءة اللفظىة أو المضايقة أو التهدىد أو الإىذاء الجسدى لأحد موظفى WIC أو عمىل WIC آأر أو موظفى متجر البقالة.
- سأشترى فقط الأطعمة المسموح بها المذكورة فى قائمة مزاىا WIC الغذائىة الشصىة بأستخدام بطاقة eWIC التى منأنا لى.
- سأحرص على أن ىستفىد فقط الشصى (الأشخاص) المشترك (المشتركىن) ببرنامج WIC من الغذاء الذى ىوفره البرنامج. أنا أدرك أن لىذاء الذى ىوفره برنامج WIC هو بهدف تعزىز ودعم العافىة والناأىة التغذىة للفرد ومساعدته على تأمىن المدآول المنصوح به من الأغذىة والأطعمة المهمة.
- لن أأىض أو أبىع أو أنقل أو أأادل أو أأاول مقایضة أو بىع أو نقل أو مبادلة أىًا من الأغذىة/ألبى الرضع أو المزاىا التى مُنأنا لى. لن أسمح لأى شصى آأر بمقایضة أو بىع أو نقل أو مبادلة أو أن يعرض مقایضة أو بىع أو نقل أو مبادلة أىًا من الأغذىة/ألبى الرضع أو المزاىا التى مُنأنا لى.
- سأأحتفظ لمدة ثلاثة أشهر بجمىع إىصالات المتجر للأغذىة أو ألبى الرضع الذى أأترىه بمساعداف مالىة غير مقدمة من برنامج WIC مماألة لتلك الصادرة عن WIC إذا كنت أنوى بىع هذه الأغراض أو مقایضتها أو التآلى عنها. ىبأنا هذا الإجراء أننى لم أأشر هذه الأغراض بمساعداف WIC المالىة.

أدرك بوصفى مشتركًا ببرنامج WIC أن:

- ىجب على إعادة الأقدم بطلب للانضمام فى نهایة فترة صلاأىة البرنامج وأن أأضع لإعادة الأقىم لأحدىد أهلىتى للاشتراك بالبرنامج.
- لا ىوفر برنامج WIC كل الغذاء وألبى الرضع الذى أأناجه شهرىًا لأن WIC برنامج داعم.
- سأفصل من البرنامج إذا لم تصدر لى مزاىا غذائىة لمدة أربعة أشهر متتالىة.
- قد تسمح إدارة (HHS) Department of Health and Human Services بمشأركة بىانات WIC الخاصة بى مع برامج صفىة وتعلىمىة محددة. ىجوز لهذه البرامج أستخدم هذه البىانات لأحدىد أهلىتى لبرامجهم؛ ولتزوىدى بمعلوماف عن هذه البرامج ولتسهىل عملىة الاشتراك؛ ولأأسىن صأتى أو تعلىمى أو عافىتى فى حال اشتراكى مسبقًا فى برامجهم؛ ولضمان تلذىة أأاأاف الرعاىة الصفىة الخاصة بى. سىستخدم هذه المعلوماف من قىل وكالات WIC والمنظمات العامة لإدارة برامجهما التى أأدم الأشخاص المؤهلىن لبرنامج WIC. أدرك أن HHS قد تسمح أىضًا بمشأركة معلوماف WIC الخاصة بى وفقاً

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. سيُقدَّم 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 (المشتركين) في برنامج WIC المعتمد اليوم: _____

توقيع المشترك/الوالد/الوصي _____ التاريخ: _____

وفقًا 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 (800)877-8339.

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 (866)632-9992، أو إرسال خطاب إلى USDA. يجب أن يتضمن الخطاب اسم مقدم الشكوى وعنوانه ورقم هاتفه، بالإضافة إلى وصف مكتوب يتضمن الإجراء التمييزي المزعم متضمنًا لمعلومات كافية لتقديمها إلى الأمين المساعد بإدارة حقوق المدنية (ASCR)، فيما يخص طبيعة الانتهاك المزعم للحقوق المدنية وتاريخ حدوث ذلك. يجب إرسال نموذج AD-3027 أو الخطاب الخاص به إلى USDA من خلال:

- (1) البريد: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410؛ أو
- (2) الفاكس: (833)256-1665 أو (202)690-7442؛ أو
- (3) البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov

تقدم هذه المؤسسة فرصًا متساوية للجميع.