

# Iowa Women, Infants, and Children (WIC) Program Participant Rights and Responsibilities=ສິດ ແລະ

## ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການແມ່ຍິງ, ເດັກນ້ອຍ, ແລະ ເດັກອ່ອນຂອງ Iowa (WIC)

### ສິດທິຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນຖານະຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ WIC:

- ກົດລະບຽບສໍາລັບການເຂົ້າຮ່ວມໃນ WIC ແມ່ນຄືກັນສໍາລັບທຸກຄົນໂດຍບໍ່ຄໍານຶງເຖິງເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກໍາເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ, ຫຼື ເພດ.
- ຈຸດປະສົງຂອງ WIC ແມ່ນເພື່ອສະໜອງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໂພຊະນາການ, ການລ້ຽງລູກດ້ວຍນົມແມ່, ແລະ ການກິນອາຫານທີ່ມີສຸຂະພາບທີ່ດີ ແລະ ຕິດຕໍ່ຫາຂ້າພະເຈົ້າກ່ຽວກັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ຫຼື ຊຸມຊົນອື່ນໆ ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຕ້ອງການ. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນໃຫ້ເຂົ້າຮ່ວມໃນ ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້.
- ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສາທາລະນະສຸກຂອງ WIC ຈະຮ່ວມມືກັບຂ້າພະເຈົ້າເພື່ອພັດທະນາເປົ້າໝາຍທາງດ້ານໂພສະນາເພື່ອສົ່ງເສີມການໃຊ້ຊີວິດທີ່ດີຕໍ່ສຸຂະພາບ.
- ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງຍ້າຍໄປຢູ່ລັດອື່ນ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະແຈ້ງ WIC ແລະ ເຂົາເຈົ້າຈະໃຫ້ເອກະສານການໂອນໃຫ້ແກ່ຂ້າພະເຈົ້າເພື່ອເອົາໄປພ້ອມກັບຂ້າພະເຈົ້າເພື່ອໃຫ້ສາມາດສືບຕໍ່ການບໍລິການ WIC ຂອງຂ້າພະເຈົ້າຢູ່ທີ່ນັ້ນ.
- ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການທົດລອງຍຸດຕິທໍາ ຖ້າເຈົ້າໜ້າທີ່ WIC ບອກຂ້າພະເຈົ້າວ່າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ສາມາດຢູ່ໃນ WIC ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເຫັນດີ. ຂ້າພະເຈົ້າມີເວລາ 60 ມື້ນັບຈາກມື້ທີ່ໄດ້ຮັບຈົດໝາຍແຈ້ງການກ່ຽວກັບສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ໃນການຂຽນຫາ ຫຼື ໂທຫາຫ້ອງການ WIC ທ້ອງຖິ່ນຂອງຂ້າພະເຈົ້າເພື່ອຮ້ອງຂໍຮັບຈົດໝາຍ.

### ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນຖານະຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ WIC:

- ການເຂົ້າຮ່ວມໃນຫຼາຍກ່ວາໜຶ່ງໂຄງການ WIC (ຢູ່ໃນລັດ ຫຼື ນອກລັດ) ແມ່ນຜິດກົດໝາຍ ແລະ ຈະສົ່ງຜົນໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າຖືກໄລ່ອອກຈາກໂຄງການ.
- ຂ້າພະເຈົ້າຈະອານຸຍາດໃຫ້ຜູ້ສະໜັບສະໜູນ WIC ທຸກຄົນໃນຄອບຄົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າຮັບການກວດສຸຂະພາບຂອງ WIC. ການກວດສຸຂະພາບຂອງ WIC ປະກອບດ້ວຍການຕອບຄໍາຖາມກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ແລະ ອາຫານ, ການວັດແທກຄວາມສູງໄລຍະຫ່າງ ແລະ ນ້ຳໜັກ ແລະ ກວດເລືອດເພື່ອກວດຫາພະຍາດເລືອດຈາງ. ສິ່ງນີ້ຈະສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ WIC ສະໜອງຜົນປະໂຫຍດທີ່ແທດເໝາະກັບຄວາມຕ້ອງການຂອງຄອບຄົວຂ້າພະເຈົ້າໄດ້.
- ຂ້າພະເຈົ້າຈະມາຕາມນັດໝາຍ ຫຼື ໂທແຈ້ງລ່ວງໜ້າຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ສາມາດໄປຕາມນັດໝາຍໄດ້.
- ຂ້າພະເຈົ້າຈະແຈ້ງໃຫ້ WIC ກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງທີ່ສໍາຄັນໃດໆ, ທີ່ອາດຈະເກີດຂຶ້ນເຊັ່ນ, ຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ການປ່ຽນຊື່ ແລະ ການປ່ຽນແປງການເບິ່ງແຍງເດັກທີ່ເພິ່ງພາອາໄສຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການ WIC.
- ຂ້າພະເຈົ້າຈະປະຕິບັດກັບສະມາຊິກພະນັກງານ WIC, ພະນັກງານຮ້ານຂາຍເຄື່ອງ, ແລະ ຊັບສິນດ້ວຍຄວາມສຸພາບ ແລະ ຄວາມເຄົາລົບ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າ, ຫຼື ທະນາຍຄວາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະສູນເສຍຜົນປະໂຫຍດດ້ານອາຫານຂອງ WIC ໂດຍການສາບແຊ່ງ, ຂົ່ມເຫັງ, ຂົ່ມຊໍ່, ຫຼື ທໍາຮ້າຍຮ່າງກາຍພະນັກງານ WIC, ລູກຄ້າ WIC ຄົນອື່ນໆ, ຫຼືພະນັກງານຮ້ານຂາຍເຄື່ອງແຫ່ງ.
- ຂ້າພະເຈົ້າຈະຊື່ສະເພາະອາຫານທີ່ຜ່ານການຮັບຮອງທີ່ຢູ່ໃນລາຍການສິດທິຜົນປະໂຫຍດທາງດ້ານອາຫານຂອງຂ້າພະເຈົ້າດ້ວຍບັດ eWIC ທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບ.

- ຂ້າພະເຈົ້າຈະໃຊ້ອາຫານຂອງ WIC ສໍາລັບບຸກຄົນໃນໂປຣແກຣມເທົ່ານັ້ນ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າອາຫານ WIC ເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນໄດ້ສະໜອງໃຫ້ເພື່ອສິ່ງເສີມ ແລະ ສະໜັບສະໜູນສຸຂະພາບທີ່ດີທາງໄພຊະນາການຂອງບຸກຄົນນັ້ນ ແລະ ເພື່ອຊ່ວຍຕອບສະໜອງການໄດ້ຮັບສານອາຫານ ຫຼື ອາຫານທີ່ສໍາຄັນຕາມປະລິມານທີ່ແນະນໍາ.
- ຂ້າພະເຈົ້າຈະບໍ່ຊື້ຂາຍ, ຂາຍ, ການໂອນ ຫຼື ການຄ້າ, ຫຼື ພະຍາຍາມຄ້າຂາຍ, ຂາຍ, ໂອນ, ຫຼື ຄ້າຂາຍອາຫານ/ສຸດອາຫານ ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດໃດໆ ມອບໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າຈະບໍ່ອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ອື່ນເຮັດການຊື້ຂາຍ, ຂາຍ, ໂອນ ຫຼື ການແລກປ່ຽນ ຫຼື ສະເໜີເພື່ອການຊື້ຂາຍ, ຂາຍ, ໂອນ ຫຼື ການແລກປ່ຽນອາຫານ/ສຸດ ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດທີ່ອອກໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າ.
- ຂ້າພະເຈົ້າຈະເກັບໃບຮັບເງິນທັງໝົດຂອງຮ້ານໄວ້ເປັນເວລາສາມເດືອນສໍາລັບອາຫານ ຫຼື ສຸດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຊື້ດ້ວຍເງິນທຶນທີ່ບໍ່ແມ່ນ WIC ທີ່ຄືກັນກັບທີ່ອອກໃຫ້ໂດຍ WIC ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຕັ້ງໃຈຈະຂາຍ, ຊື້ຂາຍ ຫຼື ແຈກລາຍການເຫຼົ່ານີ້. ນີ້ເປັນການພິສູດວ່າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ໄດ້ຊື້ດ້ວຍເງິນໂຄງການ WIC ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

**ໃນຖານະເປັນຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ WIC, ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈ:**

- ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງຍິນໃບສະໝັກໃໝ່ເມື່ອສິ້ນສຸດໄລຍະເວລາການຮັບຮອງ ແລະ ຕ້ອງໄດ້ຮັບການປະເມີນຄວາມເໝາະສົມສໍາລັບໂຄງການອີກຄັ້ງ.
- ໂຄງການ WIC ບໍ່ໄດ້ໃຫ້ອາຫານ ຫຼື ນົມຜິງຄົບຖ້ວນສໍາລັບໜຶ່ງເດືອນເນື່ອງຈາກໂຄງການ WIC ເປັນໂຄງການເສີມ.
- ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ໄດ້ຮັບສິດທິປະໂຫຍດດ້ານອາຫານເປັນເວລາສີ່ເດືອນຕິດຕໍ່ກັນ ຂ້າພະເຈົ້າຈະຖືກຍົກເລີກຈາກໂຄງການ.
- The Department of Health and Human Services (HHS) ອາດຈະອານຸຍາດໃຫ້ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນ WIC ຂອງຂ້າພະເຈົ້າກັບໂປຣແກຣມສຸຂະພາບ ແລະ ໂປຣແກຣມດ້ານການສຶກສາ. ບັນດາໂຄງການເຫຼົ່ານີ້ອາດຈະນໍາໃຊ້ຂໍ້ມູນນີ້ ເພື່ອກໍານົດການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າສໍາລັບໂຄງການຂອງພວກເຂົາ, ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໂຄງການເຫຼົ່ານັ້ນແກ່ຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ເຮັດໃຫ້ຂະບວນການສະໜັບສະໜູນຂຶ້ນ; ເພື່ອປັບປຸງສຸຂະພາບ, ການສຶກສາ ຫຼື ສະຫວັດດີການຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ລົງທະບຽນຢູ່ໃນໂຄງການຂອງເຂົາເຈົ້າແລ້ວ; ແລະ ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າຄວາມຕ້ອງການການດູແລສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ບັນລຸ. ຂໍ້ມູນເຫຼົ່ານີ້ຈະຖືກໃຊ້ໂດຍໜ່ວຍງານ WIC ແລະ ອົງການລັດໃນການດໍາເນີນງານໂປຣແກຣມທີ່ໃຫ້ບໍລິການບຸກຄົນທີ່ມີສິດຮັບໂຄງການ WIC ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ HHS ອາດຈະອານຸຍາດໃຫ້ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຂອງໂຄງການ WIC ຂອງຂ້າພະເຈົ້າຕາມກົດໝາຍລັດຖະບານກາງ ຫຼື ລັດກໍານົດໄວ້. ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຮ້ອງຂໍລາຍຊື່ໂຄງການ HHS ທີ່ຂໍ້ມູນ WIC ຂອງຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຖືກແບ່ງປັນກັບທີ່ພົບເຫັນຢູ່ໃນນະໂຍບາຍ WIC "ຄວາມລັບຂອງຂໍ້ມູນຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ."

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບຄໍາແນະນໍາກ່ຽວກັບສິດທິ ແລະ ພັນທະພາຍໃຕ້ໂຄງການ. ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຮັບຮອງວ່າຂໍ້ມູນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ໃຫ້ໄວ້ເພື່ອພິຈາລະນາຄຸນນະສົມບັດຂອງຂ້າພະເຈົ້ານີ້ ຖືກຕ້ອງ, ຕາມຄວາມຮູ້ອັນສົມບູນຂອງຂ້ອຍ. ແບບຟອມການຮັບຮອງນີ້ຈະຖືກຍິນເພື່ອຂໍຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກລັດຖະບານກາງ. ເຈົ້າໜ້າທີ່ໂຄງການອາດຈະສາມາດກວດສອບຂໍ້ມູນໃນແບບຟອມນີ້ໄດ້. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈການໃຫ້ຂໍ້ມູນປອມ ຫຼື ຫຼອກລວງໂດຍເຈດຕະນາ ຫຼື ການປົກປິດ ຫຼື ຫຼີກລ້ຽງການໃຫ້ຂໍ້ມູນຈິງໂດຍເຈດຕະນາ ອາດສົ່ງຜົນໃຫ້ຕ້ອງຊົດໃຊ້ໜ່ວຍງານຂອງລັດເປັນເງິນສິດຕາມມູນຄ່າຂອງສິດທິປະໂຫຍດທາງດ້ານອາຫານທີ່ໄດ້ຮັບຢ່າງບໍ່ຖືກຕ້ອງ ແລະ ອາດຖືກດໍາເນີນຕາມຄະດີແພ່ງ ຫຼື ອາຍາຕາມກົດໝາຍຂອງລັດ ແລະ ລັດຖະບານກາງ

ຊື່ຂອງຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ WIC ໄດ້ຮັບການຢັ້ງຢືນໃນມື້ນີ້: \_\_\_\_\_

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມ/ພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ: \_\_\_\_\_

ວັນທີ: \_\_\_\_\_



ອີງຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເຮືອນຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ກົດລະບຽບ ແລະ ນະໂຍບາຍສິດທິພົນລະເຮືອນຂອງ U.S. Department of Agriculture (USDA), ສະຖາບັນນີ້ຖືກຫ້າມບໍ່ໃຫ້ມີການຈຳແນກປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ເພດ (ລວມທັງເລື່ອງອັດຕະຫຼັກທາງເພດ ແລະ ທັດສະນະທາງເພດ), ຄວາມພິການ, ອາຍຸ, ຫຼື ການແກ້ແຄ້ນ ຫຼື ການຕອບໂຕ້ຕໍ່ການເຄື່ອນໄຫວສິດທິພົນລະເຮືອນກ່ອນໜ້າ.

ຂໍ້ມູນໂຄງການນີ້ອາດມີໃຫ້ເປັນພາສາອື່ນທີ່ບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດດ້ວຍ. ຄົນພິການທີ່ຕ້ອງການວິທີການສື່ສານທາງເລືອກສຳລັບຂໍ້ມູນໂຄງການ (ເຊັ່ນ: ອັກສອນນຸນ, ພິມໃຫຍ່, ສຽງເທບ, ພາສາສັນຍະລັກອາເມລິກາ) ຄວນຕິດຕໍ່ລັດທີ່ຮັບຜິດຊອບ ຫຼື ອົງການທ້ອງຖິ່ນທີ່ຄຸ້ມຄອງໂຄງການ ຫຼື ສູນ TARGET ຂອງ USDA ທີ່ເບີ (202)720-2600 (ສຽງ ແລະ TTY) ຫຼືຕິດຕໍ່ USDA ຜ່ານບໍລິການ Federal Relay ທີ່ເບີ (800)877-8339.

ເພື່ອຍື່ນຄຳຮ້ອງຮຽນການຈຳແນກໂຄງການ, ຜູ້ຮ້ອງຮຽນຄວນຕິດແບບຟອມ AD-3027, ແບບຟອມການຮ້ອງຮຽນການຈຳແນກໂຄງການ USDA, ເຊິ່ງສາມາດຮັບໄດ້ທີ່ <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> ຈາກຫ້ອງການ USDA ໃດໜຶ່ງໂດຍການໂທຫາ (866)632-9992 ຫຼື ໂດຍການຂຽນຈົດໝາຍທີ່ສົ່ງໄປຫາ USDA. ຈົດໝາຍຈະຕ້ອງມີການລະບຸຊື່, ທີ່ຢູ່, ໝາຍເລກໂທລະສັບຂອງຜູ້ຮ້ອງຮຽນ ແລະ ຄຳອະທິບາຍເປັນລາຍລັກອັກສອນກ່ຽວກັບການການປະຕິບັດທີ່ຖືກກ່າວຫາວ່າເປັນການເລືອກປະຕິບັດຢ່າງລະອຽດພໍເພື່ອແຈ້ງໃຫ້ Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) ຮັບຮູ້ກ່ຽວກັບລັກສະນະ ແລະ ວັນທີຂອງການລະເມີດສິດທິພົນລະເມືອງທີ່ຖືກກ່າວຫາ. ແບບຟອມ ຫຼື ຈົດໝາຍ AD-3027 ທີ່ຕິດສຳເລັດຕ້ອງຍື່ນໄປຫາ USDA ໂດຍ:

- (1) ທາງໄປສະນີ: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; ຫຼື
- (2) ແຟັກ: (833)256-1665 ຫຼື (202)690-7442; ຫຼື
- (3) ອີເມວ: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

ສະຖາບັນແຫ່ງນີ້ແມ່ນຜູ້ໃຫ້ໂອກາດທີ່ເທົ່າທຽມກັນ.