**اتفاقية األهلية**

االسم: تاريخ الميالد: / /

ولي األمر/ الوصي: رقم األسرة:

يُمِّث ل توقيعي شهادة مني بما يلي:

 أنني ق أرت مستند "الحقوق والمسئوليات" بصفتي مشاركة في برنامج WIC(، اختصار اسم البرنامج في اللغة اإلنجليزية) وفهمته.

 أنني أعلم أن معلومات مثل اسمي واسم طفلي والعنوان ورقم الهاتف وتاريخ الميالد قد يٌفصح عنها موظفي برنامج )WIC( للب ارمج التالية بهدف تحديد أهلية

أسرتي في تنسيق الرعاية مع خدمات إضافية:

 دائرة المساعدات االنتقالية - معونات برنامج SNAP(، اختصار اسم البرنامج في اللغة اإلنجليزية)

 برنامج هيد ستارت / إيرلي هيد ستارت

 و ازرة الصحة العامة - برنامج الوقاية من التسمم بالرصاص في الطفولة

 وأعلم بصفتي ام أرة في مرحلة ما بعد الوالدة أنه قد يٌفصح عن عنواني و / أو رقم هاتفي لنظام متابعة تقييم مخاطر الحمل التابع لو ازرة الصحة العامة من

أجل دعوتي إلى تعبئة استبيان الحمل.

وستستخدم هذه الب ارمج معلوماتي المسجلة في برنامج )WIC( لصالح برنامج )WIC( وب ارمجهم فقط. ولن تفصح عن معلوماتي المسجلة في برنامج )WIC( لآلخرين

بدون إذن خطي مني أو كما يقتضي القانون. ووافق هذه الب ارمج على الحفاظ على سرية معلوماتي المسجلة في برنامج .)WIC(

تحذير: ينص قانون الوالية على ما يلي: الفقرة 67B( 266, )c. في مدونة القوانين العامة بوالية ماساتشوستس حول االدعاءات الكاذبة أو الوهمية أو االحتيالية

المقدمة إلى الوالية أو البلدية يُعاقب أي شخص يقدم أو يرفع إلى أي موظف أو دائرة أو وكالة أو مؤسسة عامة في الوالية، أو أي قسم سياسي فرعي ألي مما

سبق، أي دعوى على أو ضد أي دائرة أو وكالة أو مؤسسة عامة في الوالية، أو أي قسم سياسي فرعي ألي مما سبق، مع علمه بأن دعواه هذه كاذبة أو وهمية أو احتيالية، بغ ارمة ال تزيد عن ألفي دوالر أو بالحبس في سجن الوالية لمدة ال تزيد عن خمسة أعوام أو في مؤسسة إصالحية لمدة ال تزيد عن عامين ونصف العام أو كليهما. **عقوبة االحتيال الجنائي (تزييف المعلومات من أجل تلقي معونات برنامج)*(WIC)* في القانون الفيد ارلي غ ارمة تصل إلى 25,000 دوالر**

**أو الحبس في السجن لمدة تصل إلى خمسة أعوام، أو كليهما.**

**أقر بأن المعلومات المقدمة من طرفي لتحديد أهليتي (الهوية، واإلقامة، وحجم األسرة الذي يبلغ**  **فرًدا، وإجمالي دخل األسرة لجميع األف ارد العاملين، وإعالة**

**األطفال، والدخل من اإليجا ارت، وأي موارد دخل أخرى) معلومات صحيحة.**

**وأعلم أن نشر بيانات المنتجات الغذائية / حليب األطفال في برنامج )WIC( على اإلنترنت في منصة كريجزليست أو فيسبوك أو غيرها، بغرض بيع المعونات المقدمة من برنامج )WIC( أو تبادل المنتجات الغذائية / حليب األطفال في برنامج )WIC( أو التبرع بها، سيؤدي إلى تجريدي أو تجريد طفلي من األهلية لمدة**

**تصل إلى عام واحد مع اتخاذ إج ارء قانوني ضدي لسداد كامل القيمة النقدية لتلك المعونات.**

**وأعلم أنه يجب عل ي إعادة جميع المنتجات الغذائية / حليب األطفال في برنامج )WIC( غير المستخدمة إلى عيادة برنامج .)WIC( وأقر بمسئوليتي عن إخطار موظفي برنامج )WIC( إذا تلقيت حليب أطفال من برنامج التأمين الصحي بوالية ماساتشوستس MassHealth(، اختصار اسم**

**البرنامج في اللغة اإلنجليزية) أو من شركات تأمين أخرى.**

**ويجوز لموظفي برنامج )WIC( التحقق من المعلومات التي قدمتها من أجل تحديد األهلية.**

**المشاركة/ ولية األمر/ الوصية/ الممثل:**

**توقيع الموظف باألحرف األولي:**  **التاريخ:**  **/**  **/**

**الرفض**

**- نموذج**

**للتصويت**

**التسجيل**

**فرصة**

**الجزء (أ)**

إذا لم تسجلي للتصويت في المكان الذي تعيشين فيه اآلن، وكنتي مؤهلة للتسجيل للتصويت، فهل ترغبين في تقديم طلب التسجيل للتصويت هنا اليوم؟

نعم ال سجلت بالفعل في المكان الذي أعيش فيه اآلن

(إذا كنتي مسجلة للتصويت في المكان الذي تعيشين فيه اآلن ولم تغيري عنوانك، فليس من الضروري التسجيل للتصويت مرة أخرى).

**التوقيع:**  **التاريخ:** / /

**توقيع الموظف:**  **التاريخ:** / /

إذا لم تحددي أي مربع، سوف يُعتبر هذا ق ارر منك بعدم التسجيل للتصويت في هذا الوقت.

**فرصة االشت ارك في تنبيهات البريد اإللكتروني - هذا الجزء مخصص الستخدام البرنامج المحلي فقط**

**عنوان البريد اإللكتروني:**

نعم ال اشتركت بالفعل في تنبيهات البريد اإللكتروني

**توقيع الموظف:**  **التاريخ:** / /

تطبق هذه المؤسسة مبدأ تكافؤ الفرص.



Eligibility Agreement – WIC Form # 121

Revised 09/2023 - Arabic