



اتفاقية الأهلية

الاسم: _____ تاريخ الميلاد: ____ / ____ / ____

ولي الأمر/ الوصي: _____ رقم الأسرة: _____

يُمثل توقيع شهادة مني بما يلي:

✓ أنني قُرت مستند "الحقوق والمسؤوليات" بصفتي مشاركة في برنامج WIC، اختصار اسم البرنامج في اللغة الإنجليزية وفهمته.

✓ أنني أعلم أن معلومات مثل اسمي واسم طفلي والعنوان ورقم الهاتف وتاريخ الميلاد قد يُفصح عنها موظفي برنامج WIC (للب ارجح التالية بهدف تحديد أهلية

أسرتي في تنسيق الرعاية مع خدمات إضافية:

- دائرة المساعدات التنقلية - معونات برنامج SNAP، اختصار اسم البرنامج في اللغة الإنجليزية)
- برنامج هيد ستارت / إيرلي هيد ستارت
- وازرة الصحة العامة - برنامج الوقاية من التسمم بالرصاص في الطفولة

✓ وأعلم بصفتي ام أرة في مرحلة ما بعد الولادة أنه قد يُفصح عن عتواني و / أو رقم هاتفي لنظام متابعة تقييم مخاطر الحمل التابع لوزرة الصحة العامة من

أجل دعوتي إلى تعبئة استبيان الحمل.

وستستخدم هذه الب ارجح معلوماتي المسجلة في برنامج WIC (لصالح برنامج WIC) وب ارجحهم فقط. ولن تفصح عن معلوماتي المسجلة في برنامج WIC (لآخرين بدون إذن خطي مني أو كما يقتضي القانون. ووافق هذه الب ارجح على الحفاظ على سرية معلوماتي المسجلة في برنامج WIC.)

تحذير: ينص قانون الولاية على ما يلي: الفقرة 266, 67B c. (في مدونة القوانين العامة بولاية ماساتشوستس حول الدعايات الكاذبة أو الوهمية أو الاحتيالية المقدمة إلى الولاية أو البلدية يُعاقب أي شخص يقدم أو يرفع إلى أي موظف أو دائرة أو وكالة أو مؤسسة عامة في الولاية، أو أي قسم سياسي فرعي ألي مما سبق، أي دعوى على أو ضد أي دائرة أو وكالة أو مؤسسة عامة في الولاية، أو أي قسم سياسي فرعي ألي مما سبق، مع علمه بأن دعواه هذه كاذبة أو وهمية أو احتيالية، بغ ارمة ال تزيد عن ألي دولار أو بالحبس في سجن الولاية لمدة ال تزيد عن خمسة أعوام أو في مؤسسة إصلاحية لمدة ال تزيد عن عامين ونصف العام أو كليهما. عقوبة الاحتيال الجنائي) تزيف المعلومات من أجل تلقي معونات برنامج WIC (في القانون الفيد اربي غ ارمة تصل إلى 25,000 دولار أو الحبس في السجن لمدة تصل إلى خمسة أعوام، أو كليهما.

أقر بأن المعلومات المقدمة من طرفي لتحديد أهليتي (الهوية، والقامة، وحجم الأسرة الذي يبلغ _____ فرداً، وإجمالي دخل الأسرة لجميع الف ارجح العاملين، وإعالة الأطفال، والدخل من الإيجار، وأي موارد دخل أخرى) معلومات صحيحة.

وأعلم أن نشر بيانات المنتجات الغذائية / حليب الأطفال في برنامج WIC (على الإنترنت في منصة كريجزليست أو فيسبوك أو غيرها، بغرض بيع المعونات المقدمة من برنامج WIC) أو تبادل المنتجات الغذائية / حليب الأطفال في برنامج WIC) أو التبرع بها، سيؤدي إلى تجريدي أو تجريد طفلي من الأهلية لمدة تصل إلى عام واحد مع اتخاذ إجراء قانوني ضدي لسداد كامل القيمة النقدية لتلك المعونات.

وأعلم أنه يجب عل إعادة جميع المنتجات الغذائية / حليب الأطفال في برنامج WIC (غير المستخدمة إلى إعادة برنامج WIC). وأقر بمسؤوليتي عن إخطار

موظفي برنامج WIC (إذا تلقيت حليب أطفال من برنامج التأمين الصحي بولاية ماساتشوستس MassHealth، اختصار اسم

البرنامج في اللغة الإنجليزية) أو من شركات تأمين أخرى.

ويجوز لموظفي برنامج WIC (التحقق من المعلومات التي قدمت من أجل تحديد الأهلية.

المشاركة/ ولية الأمر/ الوصية/ الممثل: _____

توقيع الموظف بالحرف الولي: _____ التاريخ: ____ / ____ / ____

فرصة التسجيل للتصويت - نموذج الرفض

الجزء أ)

إذا لم تسجل للتصويت في المكان الذي تعيش فيه الآن، وكنتي مؤهلة للتسجيل للتصويت، فهل ترغبين في تقديم طلب التسجيل للتصويت هذا اليوم؟

سجلت بالفعل في المكان الذي أعيش فيه الآن ال نعم

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

التوقيع: _____ التاريخ: ____/____/____

توقيع الموظف: _____ التاريخ: ____/____/____

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

فرصة الشت ارك في تنبيهات البريد الإلكتروني - هذا الجزء مخصص الاستخدام البرنامج المحلي فقط

عنوان البريد الإلكتروني: _____

اشتركت بالفعل في تنبيهات البريد الإلكتروني ال نعم

توقيع الموظف: _____ التاريخ: ____/____/____

تطبق هذه المؤسسة مبدأ تكافؤ الفرص.

