**ﺷراﯾط ﺑودن**

**واﺟد**

**ﻧﺎﻣﮫ**

**ﻣواﻓﻘت**

ﻧﺎم: ﺗﺎرﯾﺦ ﺗوﻟد: / /

واﻟدﯾن/ﺳرﭘرﺳت: ﺷﻧﺎﺳﮫ ﺧﺎﻧﮕﯽ#

ﺑﺎ اﻣﺿﺎی ﻧﺎم ﻣن، ﻣوارد زﯾر را ﺗﺄﯾﯾد ﻣﯽ ﮐﻧم:

 ﻣن "ﺣﻘوق و ﻣﺳﺋوﻟﯾت ھﺎ" را ﺑﮫ ﻋﻧوان ﯾﮏ ﺷرﮐت ﮐﻧﻧده در WIC ﺧواﻧده و درک ﮐرده ام.

 ﻣن درک ﻣﯽ ﮐﻧم ﮐﮫ ﻧﺎم ، ﻧﺎم ﻓرزﻧد ، آدرس ، ﺷﻣﺎره ﺗﻠﻔن و ﺗﺎرﯾﺦ ﺗوﻟدم ﻣﻣﮑن اﺳت ﺗوﺳط ﮐﺎرﮐﻧﺎن WIC ﺑﮫ ﺑرﻧﺎﻣﮫ ھﺎی

زﯾر داده ﺷود ﺗﺎ ﺻﻼﺣﯾت ﺧﺎﻧواده ﻣن ﺑرای ھﻣﺎھﻧﮕﯽ ﻣراﻗﺑت ﺑﺎ ﺧدﻣﺎت اﺿﺎﻓﯽ ﻣﺷﺧص ﺷود:

 دﭘﺎرﺗﻣﺎن ﮐﻣﮑﮭﺎی اﻧﺗﻘﺎﻟﯽ – ﻣزاﯾﺎی SNAP

 ﺷروع اوﻟﯾﮫ/ﺑرﻧﺎﻣﮫ ﺷروع زودھﻧﮕﺎم

 وزارت ﺑﮭداﺷت ﻋﻣوﻣﯽ - ﺑرﻧﺎﻣﮫ ﭘﯾﺷﮕﯾری از ﻣﺳﻣوﻣﯾت در دوران ﮐودﮐﯽ

 ﻣن ﺑﮫ ﻋﻧوان ﯾﮏ زن ﭘس از زاﯾﻣﺎن درک ﻣﯽ ﮐﻧم ، آدرس و/ﯾﺎ ﺷﻣﺎره ﺗﻠﻔن ﻣن ﻣﻣﮑن اﺳت ﺑﮫ ﺳﯾﺳﺗم ﻧظﺎرت ﺑر ارزﯾﺎﺑﯽ

ﺧطرات ﺑﺎرداری وزارت ﺑﮭداﺷت ﻋﻣوﻣﯽ داده ﺷود ﺗﺎ از ﻣن ﺑرای ﺗﮑﻣﯾل ﻧظرﺳﻧﺟﯽ ﺑﺎرداری دﻋوت ﮐﻧد.

اﯾن ﺑرﻧﺎﻣﮫ ھﺎ از اطﻼﻋﺎت WIC ﻣن ﻓﻘط ﺑرای WIC و ﺑرﻧﺎﻣﮫ آﻧﮭﺎ اﺳﺗﻔﺎده ﺧواھﻧد ﮐرد. آﻧﮭﺎ اطﻼﻋﺎت WIC ﻣن را ﺑدون اﺟﺎزه ﮐﺗﺑﯽ

ﻣن ﯾﺎ طﺑﻖ ﻗﺎﻧون ﻻزم در اﺧﺗﯾﺎر دﯾﮕران ﻗرار ﻧﻣﯽ دھﻧد. اﯾن ﺑرﻧﺎﻣﮫ ھﺎ ﻣواﻓﻘت ﮐرده اﻧد ﮐﮫ اطﻼﻋﺎت WIC ﻣن ﻣﺣرﻣﺎﻧﮫ ﺑﺎﺷد.

ھﺷدار: ﻗﺎﻧون دوﻟﺗﯽ اﻋﻼم ﻣﯽ ﮐﻧد ﮐﮫ: 67B 266, c. M.G.L. ، ادﻋﺎھﺎی ﻧﺎدرﺳت، ﺳﺎﺧﺗﮕﯽ ﯾﺎ ﮐﻼھﺑرداراﻧﮫ ﺑﮫ ﻣﺷﺗرک

اﻟﻣﻧﺎﻓﻊ ﯾﺎ ﺷﮭرداری. ھرﮐس ﺑﮫ ھر ﮐﺎرﻣﻧد، ﺑﺧش، ﻧﻣﺎﯾﻧدﮔﯽ ﯾﺎ اﺑزار ﻋﻣوﻣﯽ ﻣﺷﺗرک اﻟﻣﻧﺎﻓﻊ ﯾﺎ ھر زﯾرﻣﺟﻣوﻋﮫ ﺳﯾﺎﺳﯽ آن، ھرﮔوﻧﮫ ادﻋﺎﯾﯽ ﻋﻠﯾﮫ ﯾﺎ ﻋﻠﯾﮫ ھر ﺑﺧش، ﻧﻣﺎﯾﻧدﮔﯽ، ﯾﺎ اﺑزار ﻋﻣوﻣﯽ ﻣﺷﺗرک اﻟﻣﻧﺎﻓﻊ، ﯾﺎ ھر زﯾرﻣﺟﻣوﻋﮫ ﺳﯾﺎﺳﯽ آن، اطﻼع دھد ﯾﺎ اراﺋﮫ دھد، ﺑﺎ آﮔﺎھﯽ از ﭼﻧﯾن ادﻋﺎﯾﯽ دروغ ﺑودن، ﺳﺎﺧﺗﮕﯽ ﯾﺎ ﮐﻼھﺑرداری ﺑودن، ﺑﺎ ﺟرﯾﻣﮫ ﺣداﮐﺛر دو ھزار دﻻر ﯾﺎ

ﺣﺑس در زﻧدان دوﻟﺗﯽ ﺣداﮐﺛر ﭘﻧﺞ ﺳﺎل ﯾﺎ در ﺧﺎﻧﮫ اﺻﻼح ﺑﯾش از دو و ﻧﯾم ﺳﺎل ﯾﺎ ھر دو ﻣﺟﺎزات ﻧﺧواھد ﺷد.

**ﮐﻼھﺑرداری ﺟﻧﺎﯾﯽ )اراﺋﮫ اطﻼﻋﺎت ﻏﻠط ﺑرای درﯾﺎﻓت ﻣزاﯾﺎی (WIC ﺑر اﺳﺎس ﻗواﻧﯾن ﻓدرال ﺟرﯾﻣﮫ ای ﺗﺎ ﺳﻘف 25000**

**دﻻر ﯾﺎ ﺣداﮐﺛر ﭘﻧﺞ ﺳﺎل زﻧدان ﯾﺎ ھر دو را در ﭘﯽ دارد.**

ﻣن درک ﻣﯽ ﮐﻧم ﮐﮫ ارﺳﺎل ﻓرﻣول/ﻏذا WIC در اﯾﻧﺗرﻧت از طرﯾﻖ ﮐرﯾﮕﻠﯾﺳت، ﻓﯾس ﺑوک و ﻏﯾره ﺑﺎ ھدف ﻓروش ﻣزاﯾﺎی WIC، ﻣﺑﺎدﻟﮫ ﯾﺎ دادن ﻓرﻣول/ﻏذا WIC ﻣﻧﺟر ﺑﮫ رد ﺻﻼﺣﯾت ﺷﻣﺎ ﯾﺎ ﻓرزﻧد ﺷﻣﺎ ﺗﺎ ﯾﮏ ﺳﺎل و ﻗﺎﻧوﻧﯽ ﺧواھد ﺷد اﻗداﻣﯽ ﺑرای ﺑﺎزﭘرداﺧت ﮐل

ارزش ﻧﻘدی آن ﻣزاﯾﺎ.

ﻣن اطﻼﻋﺎت ﺻﺣﯾﺢ ﺑرای ﺗﻌﯾﯾن ﺻﻼﺣﯾت ﺧود )ھوﯾت، ﻣﺣل ﺳﮑوﻧت، اﻧدازه ﺧﺎﻧوار ، درآﻣد ﻧﺎﺧﺎﻟص ﺧﺎﻧﮕﯽ ھﻣﮫ

اﻋﺿﺎی ﮐﺎر، ﺣﻣﺎﯾت از ﮐودﮐﺎن، درآﻣد اﺟﺎره و ﺳﺎﯾر ﻣﻧﺎﺑﻊ درآﻣدی( اراﺋﮫ ﮐرده ام.

ﻣن درک ﻣﯽ ﮐﻧم ﮐﮫ ﺑﺎﯾد ﺗﻣﺎم ﻓرﻣول/ﻏذای WIC اﺳﺗﻔﺎده ﻧﺷده را ﺑﮫ ﮐﻠﯾﻧﯾﮏ WIC ﺑﺎزﮔرداﻧم.

اﮔر ﻓرﻣول را از MassHealth ﯾﺎ ﺳﺎﯾر ﺷرﮐت ھﺎی ﺑﯾﻣﮫ درﯾﺎﻓت ﮐﻧم ، ﺑﮫ ﮐﺎرﮐﻧﺎن WIC اطﻼع ﻣﯽ دھم.

ﮐﺎرﮐﻧﺎن WIC ﻣﻣﮑن اﺳت اطﻼﻋﺎﺗﯽ را ﮐﮫ ﻣن ﺑرای ﺗﻌﯾﯾن ﺻﻼﺣﯾت داده ام ﺗﺄﯾﯾد ﮐﻧﻧد.

ﺷرﮐت ﮐﻧﻧده/واﻟدﯾن/ﺳرﭘرﺳت/ﻧﻣﺎﯾﻧده:

ﭘرﺳﻧل اوﻟﯾﮫ: ﺗﺎرﯾﺦ: / /

**ﻓرم اﻧﮑﺎر**

**ﻧﺎم ﺑرای رای دادن -**

**ﺛﺑت**

**ﻓرﺻت**

ﻗﺳﻣت اﻟف

اﮔر ﺷﻣﺎ ﺑرای رای دادن در ﺟﺎﯾﯽ ﮐﮫ اﮐﻧون زﻧدﮔﯽ ﻣﯽ ﮐﻧﯾد ﺛﺑت ﻧﺎم ﻧﮑرده اﯾد و واﺟد ﺷراﯾط ﺛﺑت ﻧﺎم ﺑرای رای دادن ھﺳﺗﯾد ، آﯾﺎ ﻣﯽ

ﺧواھﯾد اﻣروز ﺑرای رای دادن در اﯾﻧﺟﺎ درﺧواﺳت دھﯾد؟

ﻗﺑﻼً در ﻣﺣل زﻧدﮔﯽ ﺧود ﺛﺑت ﻧﺎم ﮐرده ام

ﺑﻠﮫ ﺧﯾر

)اﮔر ﺑرای رای دادن در ﺟﺎﯾﯽ ﮐﮫ اﮐﻧون زﻧدﮔﯽ ﻣﯽ ﮐﻧﯾد ﺛﺑت ﻧﺎم ﮐرده اﯾد و آدرس ﺧود را ﺗﻐﯾﯾر ﻧداده اﯾد، ﻻزم ﻧﯾﺳت ﺑرای رای دادن

ﻣﺟدد ﺛﺑت ﻧﺎم ﮐﻧﯾد(.

**اﻣﺿﺎ:**  **ﺗﺎرﯾﺦ:** / /

**اﻣﺿﺎی ﮐﺎرﮐﻧﺎن:**  **ﺗﺎرﯾﺦ:** / /

اﮔر ھﯾﭻ ﮐﺎدر را ﻋﻼﻣت ﻧزﻧﯾد، ﺗﺻور ﻣﯽ ﺷود ﮐﮫ ﺗﺻﻣﯾم ﮔرﻓﺗﮫ اﯾد در ﺣﺎل ﺣﺎﺿر ﺑرای رای دادن ﺛﺑت ﻧﺎم ﻧﮑﻧﯾد.

# ﻓرﺻت ﺛﺑت ﻧﺎم ﺑرای ھﺷدارھﺎی ﭘﺳت اﻟﮑﺗروﻧﯾﮑﯽ-ﻓﻘط از ﺑرﻧﺎﻣﮫ ﻣﺣﻠﯽ اﺳﺗﻔﺎده ﮐﻧﯾد

**آدرس اﯾﻣﯾل:**

ﻗﺑﻼً در ﻣﺣل زﻧدﮔﯽ ﺧود ﺛﺑت ﻧﺎم ﮐرده ام

ﺑﻠﮫ ﺧﯾر

**اﻣﺿﺎی ﮐﺎرﮐﻧﺎن:**  **ﺗﺎرﯾﺦ:** / /

اﯾن ﻣوﺳﺳﮫ، ﯾﮏ اراﺋﮫ ﮐﻧﻧده ﻓرﺻﺗﮭﺎی ﻣﺳﺎوی اﺳت.

Eligibility Agreement – WIC Form # 121

Revised 09/2023 - Farsi

