



موافقت نامه واجد شرایط بودن

نام: _____ تاریخ تولد: ____/____/____

والدین/سرپرست: _____ شناسه خانگی# _____

با امضای نام من، موارد زیر را تأیید می‌کنم:

- ✓ من "حقوق و مسئولیت‌ها" را به عنوان یک شرکت کننده در WIC خوانده و درک کرده‌ام.
- ✓ من درک می‌کنم که نام، نام فرزند، آدرس، شماره تلفن و تاریخ تولدم ممکن است توسط کارکنان WIC به برنامه‌های زیر داده شود تا صلاحیت خانواده من برای هماهنگی مراقبت با خدمات اضافی مشخص شود:
 - دپارتمان کمک‌های انتقالی - مزایای SNAP
 - شروع اولیه/برنامه شروع زود هنگام
 - وزارت بهداشت عمومی - برنامه پیشگیری از مسمومیت در دوران کودکی
- ✓ من به عنوان یک زن پس از زایمان درک می‌کنم، آدرس و/یا شماره تلفن من ممکن است به سیستم نظارت بر ارزیابی خطرات بارداری وزارت بهداشت عمومی داده شود تا از من برای تکمیل نظرسنجی بارداری دعوت کند.

این برنامه‌ها از اطلاعات WIC من فقط برای WIC و برنامه آنها استفاده خواهند کرد. آنها اطلاعات WIC من را بدون اجازه کتبی من یا طبق قانون لازم در اختیار دیگران قرار نمی‌دهند. این برنامه‌ها موافقت کرده‌اند که اطلاعات WIC من محرمانه باشد.

هشدار: قانون دولتی اعلام می‌کند که: M.G.L.C. 266, 67B، ادعاهای نادرست، ساختگی یا کلاهبرداری به مشترک المنافع یا شهرداری. هرکس به هر کارمند، بخش، نمایندگی یا ابزار عمومی مشترک المنافع یا هر زیرمجموعه سیاسی آن، هرگونه ادعایی علیه یا علیه هر بخش، نمایندگی، یا ابزار عمومی مشترک المنافع، یا هر زیرمجموعه سیاسی آن، اطلاع دهد یا ارائه دهد، با آگاهی از چنین ادعایی دروغ بودن، ساختگی یا کلاهبرداری بودن، با جریمه حداکثر دو هزار دلار یا حبس در زندان دولتی حداکثر پنج سال یا در خانه اصلاح بیش از دو و نیم سال یا هر دو مجازات نخواهد شد. **کلاهبرداری جنایی (ارائه اطلاعات غلط برای دریافت مزایای WIC) بر اساس قوانین فدرال جریمه ای تا سقف 25000 دلار یا حداکثر پنج سال زندان یا هر دو را در پی دارد.**

من درک می‌کنم که ارسال فرمول/غذا WIC در اینترنت از طریق کریگیلیست، فیس بوک و غیره با هدف فروش مزایای WIC، مبادله یا دادن فرمول/غذا WIC منجر به رد صلاحیت شما یا فرزند شما تا یک سال و قانونی خواهد شد اقدامی برای بازپرداخت کل ارزش نقدی آن مزایا.

من درک می‌کنم که باید تمام فرمول/غذای WIC استفاده نشده را به کلینیک WIC بازگردانم.

اگر فرمول را از MassHealth یا سایر شرکت‌های بیمه دریافت کنم، به کارکنان WIC اطلاع می‌دهم. کارکنان WIC ممکن است اطلاعاتی را که من برای تعیین صلاحیت داده‌ام تأیید کنند.

شرکت کننده/والدین/سرپرست/نماینده: _____

پرسنل اولیه: _____ تاریخ: ____/____/____

فرصت ثبت نام برای رای دادن - فرم انکار

قسمت الف

اگر شما برای رای دادن در جایی که اکنون زندگی می کنید ثبت نام نکرده اید و واجد شرایط ثبت نام برای رای دادن هستید ، آیا می خواهید امروز برای رای دادن در اینجا درخواست دهید؟

بله خیر قبلاً در محل زندگی خود ثبت نام کرده ام

(اگر برای رای دادن در جایی که 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 هیچ کادر را علامت نزنید، تصور می شود که تصمیم گرفته اید در حال حاضر برای رای دادن ثبت نام نکنید.

فرصت ثبت نام برای هشدارهای پست الکترونیکی-فقط از برنامه محلی استفاده کنید
آدرس ایمیل: _____

بله خیر قبلاً در محل زندگی خود ثبت نام کرده ام

امضای کارکنان: _____ تاریخ: ____/____/____

این موسسه، یک ارائه کننده فرصتهای مساوی است.

