ﻧﻤﻮذج ﺗﻔﻮﯾﺾ اإﻟﻔﺼﺎح ﻋﻦ اﻟﻤﻌﻠﻮﻣﺎت ﻣﻦ ﺑﺮﻧﺎﻣﺞ WIC(، اﺧﺘﺼﺎر اﺳﻢ اﻟﺒﺮﻧﺎﻣﺞ ﻓﻲ اﻟﻠﻐﺔ اإﻟﻨﺠﻠﯿﺰﯾﺔ)

أﻓﻮض أﻧﺎ اﻟـ ﻓﻲ ﺑﺮﻧﺎﻣﺞ .)WIC(

(ااﻟﺴﻢ)

**ﺑﺎإﻟﻔﺼﺎح ﻋﻦ اﻟﻤﻌﻠﻮﻣﺎت اﻟﺘﺎﻟﯿﺔ:** ُﯾﺮﺟﻰ **اﺧﺘﯿﺎر ﻧﻌﻢ أو ل** ﻟﺘﺤﺪﯾﺪ ﻣﺎ إذا ﻛﺎن ﺑﺈﻣﻜﺎن ﺑﺮﻧﺎﻣﺞ )WIC( اإﻟﻔﺼﺎح ﻋﻦ اﻟﻤﻌﻠﻮﻣﺎت اﻟﻮاردة أدﻧﺎه:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ﺧﻄﺔ رﻋﺎﯾﺔ اﻟﺘﻐﺬﯾﺔ |  ال |  ﻧﻌﻢ |
| اﻟﻤﻨﺘﺠﺎت اﻟﻐﺬاﺋﯿﺔ/ وﺻﻔﺔ ﺣﻠﯿﺐ اأﻟﻄﻔﺎل |  ال |  ﻧﻌﻢ |
| ﻣﻌﻠﻮﻣﺎت اﻟﺘﺄﻣﯿﻦ اﻟﺼﺤﻲ |  ال |  ﻧﻌﻢ |
| ااﻟﺮﺗﻔﺎع / اﻟﻄﻮل / اﻟﻮزن |  ال |  ﻧﻌﻢ |
| ﻧﺴﺒﺔ اﻟﮭﯿﻤﻮﺟﻠﻮﺑﯿﻦ / اﻟﮭﯿﻤﺎﺗﻮﻛﺮﯾﺖ / اﻟﺮﺻﺎص ﻓﻲ اﻟﺪم |  ال |  ﻧﻌﻢ |
| اﻟﺘﻄﻌﯿﻤﺎت |  ال |  ﻧﻌﻢ |
| ﺗﻨﺴﯿﻖ اﻟﻤﻮاﻋﯿﺪ |  ال |  ﻧﻌﻢ |
| أﺧﺮى (ﯾﺠﺐ اﻟﺘﺤﺪﯾﺪ:) |  ال |  ﻧﻌﻢ |

## ﻣﻦ ﺳﺠﺎﻟﺖ ﺑﺮﻧﺎﻣﺞ )WIC( اﻟﺨﺎﺻﺔ ﺑـ:

اﺳﻢ اﻟﻤﺸﺎرﻛﺔ: ﺗﺎرﯾﺦ اﻟﻤﯿﺎﻟﺪ: / /

## إﻟﻰ:

اﺳﻢ اﻟﻔﺮد (اأﻟﻒ ارد) و / أو اﻟﻤﻨﻈﻤﺔ (اﻟﻤﻨﻈﻤﺎت:)

#  ُﯾﺮﺟﻰ ﺗﺤﺪﯾﺪ ھﺬا اﻟﻤﺮﺑﻊ إذا ﻛﺎن ﺑﺈﻣﻜﺎن ﺑﺮﻧﺎﻣﺞ )*WIC*( اإﻟﻔﺼﺎح ﻋﻦ اﻟﻤﻌﻠﻮﻣﺎت اﻟﺴﺎﻟﻒ ذﻛﺮھﺎ أﻋﺎﻟﮫ إﻟﻰ ﺑﺮﻧﺎﻣﺞ اﻟﺘﺄﻣﯿﻦ اﻟﺼﺤﻲ ﺑﻮاﻟﯿﺔ ﻣﺎﺳﺎﺗﺸﻮﺳﺘﺲ *MassHealth*(،

اﺧﺘﺼﺎر اﺳﻢ اﻟﺒﺮﻧﺎﻣﺞ ﻓﻲ اﻟﻠﻐﺔ اإﻟﻨﺠﻠﯿﺰﯾﺔ) / ﻣﻘﺪم اﻟﻤﻌﺪات اﻟﻄﺒﯿﺔ اﻟﻤﻌﻤﺮة *DME*(، اﺧﺘﺼﺎر ااﻟﺴﻢ ﻓﻲ اﻟﻠﻐﺔ اإﻟﻨﺠﻠﯿﺰﯾﺔ.)

**وذﻟﻚ ﻟﻠﺴﺒﺐ (اأﻟﺴﺒﺎب) اﻟﺘﺎﻟﯿﺔ:**

# ُﯾﺮﺟﻰ ذﻛﺮ ﺳﺒﺐ (أﺳﺒﺎب) ﻣﺸﺎرﻛﺔ ھﺬه اﻟﻤﻌﻠﻮﻣﺎت. إذا ﻛﺎﻧﺖ ھﻨﺎك رﻏﺒﺔ ﻓﻲ ﻋﺪم ذﻛﺮ اأﻟﺴﺒﺎب، ﯾُﺮﺟﻰ ﻛﺘﺎﺑﺔ ﻋﺒﺎرة "ﺑﻨﺎء ﻋﻠﻰ طﻠﺒﻲ:"

 أﻋﻠﻢ أن ﻗﻮاﻧﯿﻦ اﻟﺨﺼﻮﺻﯿﺔ اﻟﻔﯿﺪ ارﻟﯿﺔ أو ﻗﻮاﻧﯿﻦ اﻟﺨﺼﻮﺻﯿﺔ ﺑﺎﻟﻮاﻟﯿﺔ رﺑﻤﺎ ال ﺗﻨﻄﺒﻖ ﻋﻠﻰ اﻟﻔﺮد (اأﻟﻒ ارد) أو اﻟﻤﻨﻈﻤﺔ ﺳﺎﻟﻔﻲ اﻟﺬﻛﺮ، وﻗﺪ ﯾﻜﻮن ﺑﺎﺳﺘﻄﺎﻋﺘﮭﻢ ﻣﺸﺎرﻛﺔ اﻟﻤﻌﻠﻮﻣﺎت اﻟﻤﻘﺪﻣﺔ

ﻟﮭﻢ ﻣﻦ ﺑﺮﻧﺎﻣﺞ .)WIC(

 وأطﻠﺐ ﻣﻦ ﺑﺮﻧﺎﻣﺞ )WIC( اإﻟﻔﺼﺎح ﻋﻦ اﻟﻤﻌﻠﻮﻣﺎت اﻟﻤﺤﺪدة أﻋﺎﻟﮫ، ﺣﺘﻰ ﻣﻊ ﻋﻠﻤﻲ أن اﻟﻘﻮاﻧﯿﻦ اﻟﻔﯿﺪ ارﻟﯿﺔ ﺗﻌﻄﯿﻨﻲ اﻟﺤﻖ ﻓﻲ ﺗﻠﻘﻲ ﻣﻌﻮﻧﺎت ﺑﺮﻧﺎﻣﺞ )WIC( واﻟﺤﻔﺎظ ﻋﻠﻰ ﺳﺮﯾﺔ

ﺳﺠﺎﻟﺖ اﻟﻤﺸﺘﺮﻛﯿﻦ ﻓﻲ ﺑﺮﻧﺎﻣﺞ .)WIC( وأﻧﮫ ﯾﺠﻮز ﻟﻲ رﻓﺾ اﻟﺘﻮﻗﯿﻊ ﻋﻠﻰ ھﺬا اﻟﺘﻔﻮﯾﺾ. وإذا رﻓﻀﺖ اﻟﺘﻮﻗﯿﻊ، ﻓﻠﻦ ﺗﺘﺄﺛﺮ أھﻠﯿﺘﻲ/ أھﻠﯿﺔ طﻔﻠﻲ ﻓﻲ ﺑﺮﻧﺎﻣﺞ )WIC( وﻓﻲ اﻟﺤﺼﻮل

ﻋﻠﻰ اﻟﻤﻌﻮﻧﺎت.

وﻟﻠﻘﯿﺎم ﺑﺬﻟﻚ، ﯾﺠﺐ ﻋﻞ يﻛﺘﺎﺑﺔ ﺧﻄﺎب ﻣﻮﺟﮫ إﻟﻰ ﺑﺮﻧﺎﻣﺞ )WIC( وإرﺳﺎﻟﮫ ﻋﺒﺮ اﻟﺒﺮﯾﺪ أو ﺟﻠﺒﮫ ﻣﻌﻲ إﻟﻰ ﺑﺮﻧﺎﻣﺞ

أرﯾﻲ وإﻟﻐﺎء ھﺬا اﻟﺘﻔﻮﯾﺾ ﻓﻲ أي وﻗﺖ.

 أﻋﻠﻢ أﻧﮫ ﯾﻤﻜﻨﻨﻲ ﺗﻐﯿﯿﺮ

)WIC( ﻓﻲ اﻟﻤﻜﺎن اﻟﺬي أﻗﺪم ﻓﯿﮫ اآﻟﻦ ھﺬا اﻟﺘﻔﻮﯾﺾ. وأﻋﻠﻢ أﻧﮫ ﺑﻤﺠﺮد إﻓﺼﺎح ﺑﺮﻧﺎﻣﺞ )WIC( ﻋﻦ اﻟﻤﻌﻠﻮﻣﺎت ﻟﻠﻐﯿﺮ، رﺑﻤﺎ ﯾﻜﻮن اأﻟﻮان ﻗﺪ ﻓﺎت ﺑﺎﻟﻨﺴﺒﺔ ﻟﻲ ﻋﻠﻰ إﻟﻐﺎء اﻟﺘﻔﻮﯾﺾ.

**ﺗﻮﻗﯿﻊ اﻟﻤﺸﺎرﻛﺔ/ اﻟﻮاﻟﺪة/ اﻟﻮﺻﯿﺔ**:

**ﺻﻠﺔ اﻟﻖ ارﺑﺔ ﺑﺎﻟﻤﺸﺎرﻛﺔ:**  **اﻟﺘﺎرﯾﺦ:** / /

## ھﺬا اﻟﺘﻔﻮﯾﺾ ﺻﺎﻟﺢ ﺣﺘﻰ ﻧﮭﺎﯾﺔ ﻓﺘﺮة أھﻠﯿﺔ اﻟﻤﺸﺎرﻛﺔ ﻓﻲ ﺑﺮﻧﺎﻣﺞ .)WIC(

ﺗﻄﺒﻖ ھﺬه اﻟﻤﺆﺳﺴﺔ ﻣﺒﺪأ ﺗﻜﺎﻓﺆ اﻟﻔﺮص.

Authorization For Release of Information - WIC Form #267

Revised 09/2023 - Arabic