ﻣﺟوز ﺑرای اﻧﺗﺷﺎر اطﻼﻋﺎت از WIC

ﻣن ﺑرﻧﺎﻣﮫ WIC را ﻣﺟﺎز ﻣﯽ داﻧم

)ﭼﺎپ ﻧﺎم(

**ﺑرای اﻧﺗﺷﺎر اطﻼﻋﺎت زﯾر**: **ﻟطﻔﺎً ﺑﻠﮫ ﯾﺎ ﺧﯾر را اﻧﺗﺧﺎب** ﮐﻧﯾد ﺗﺎ ﻣﺷﺧص ﺷود آﯾﺎ WIC ﻣﻣﮑن اﺳت اطﻼﻋﺎت زﯾر را ﻣﻧﺗﺷر ﮐﻧد:

ﺧﯾر ﺑرﻧﺎﻣﮫ ﻣراﻗﺑت از ﺗﻐذﯾﮫ ﺧﯾر ﺑدون دﺳﺗور ﻏذا/ﻓرﻣول ﺧﯾر اطﻼﻋﺎت ﺑﯾﻣﮫ درﻣﺎﻧﯽ ﺧﯾر ارﺗﻔﺎع/طول/وزن ﺧﯾر ھﻣوﮔﻠوﺑﯾن/ھﻣﺎﺗوﮐرﯾت/ﺳرب

ﺧﯾر واﮐﺳﯾﻧﺎﺳﯾون ﺧﯾر ھﻣﺎھﻧﮕﯽ ﻗرارھﺎ

ﺧﯾر )ﺑﺎﯾد ﻣﺷﺧص ﺑﺎﺷد:(

□ ﺑﻠﮫ

□ ﺑﻠﮫ

□ ﺑﻠﮫ

□ ﺑﻠﮫ

□ ﺑﻠﮫ

□ ﺑﻠﮫ

□ ﺑﻠﮫ

□ ﺑﻠﮫ

# از ﭘروﻧده :WIC

ﻧﺎم ﺷرﮐت ﮐﻧﻧده: ﺗﺎرﯾﺦ ﺗوﻟد / /

# ﺑﮫ:

ﻧﺎم اﻓراد ﯾﺎ ﺳﺎزﻣﺎﻧﮭﺎ:

MassHealth/Durable Equipment Medical

□ ﻟطﻔﺎً ﺑررﺳﯽ ﮐﻧﯾد ﮐﮫ آﯾﺎ WIC ﻣﻣﮑن اﺳت اطﻼﻋﺎت ﻓوق را ﺑﮫ اراﺋﮫ دھﻧده

(DME) اراﺋﮫ دھد ﯾﺎ ﺧﯾر.

# ﺑﮫ دﻻﯾل )ھﺎی( زﯾر:

دﻟﯾل )ھﺎی( ﺑﮫ اﺷﺗراک ﮔذاری اﯾن اطﻼﻋﺎت را ﺑﯾﺎن ﮐﻧﯾد. اﮔر ﻧﻣﯽ ﺧواھﯾد دﻻﯾل را ذﮐر ﮐﻧﯾد ، ﻓﻘط ﺑﻧوﯾﺳﯾد ، "ﺑﮫ درﺧواﺳت ﻣن:"

• ﻣن درک ﻣﯽ ﮐﻧم ﮐﮫ ﺷﺧص ﯾﺎ ﺳﺎزﻣﺎﻧﮭﺎی ذﮐر ﺷده در اﯾﻧﺟﺎ ﻣﻣﮑن اﺳت ﺗﺣت ﻗواﻧﯾن ﺣرﯾم ﺧﺻوﺻﯽ ﻓدرال ﯾﺎ اﯾﺎﻟت ﻗرار ﻧﮕﯾرﻧد و

ﻣﻣﮑن اﺳت ﺑﺗواﻧﻧد اطﻼﻋﺎﺗﯽ را ﮐﮫ WIC در اﺧﺗﯾﺎر آﻧﮭﺎ ﻗرار ﻣﯽ دھد، ﺑﮫ اﺷﺗراک ﺑﮕذارﻧد.

• ﻣن درﺧواﺳت ﻣﯽ ﮐﻧم ﮐﮫ ﺑرﻧﺎﻣﮫ WIC اطﻼﻋﺎت ﻣﺷﺧص ﺷده در ﺑﺎﻻ را اراﺋﮫ دھد ، ﺣﺗﯽ اﮔر ﻣﯽ داﻧم ﮐﮫ ﻗﺎﻧون ﻓدرال ﺑﮫ ﻣن اﯾن

ﺣﻖ را ﻣﯽ دھد ﮐﮫ ﻣزاﯾﺎی WIC را ﺑدﺳت آورم و ﺳواﺑﻖ ﺷرﮐت ﮐﻧﻧدﮔﺎن WIC را ﺧﺻوﺻﯽ ﻧﮕﮫ دارم. ﻣﻣﮑن اﺳت از اﻣﺿﺎی اﯾن

ﻣﺟوز ﺧودداری ﮐﻧم. در ﺻورت اﻣﺗﻧﺎع از واﺟد ﺷراﯾط ﺑودن و ﻣزاﯾﺎی WIC ﻓرزﻧدم، ﺗﺣت ﺗﺄﺛﯾر ﻗرار ﻧﻣﯽ ﮔﯾرد.

• ﻣن درک ﻣﯽ ﮐﻧم ﮐﮫ ﻣﯽ ﺗواﻧم ﻧظرم را ﺗﻐﯾﯾر دھم و اﯾن ﻣﺟوز را در ھر زﻣﺎن ﻟﻐو ﮐﻧم. ﺑرای اﻧﺟﺎم اﯾن ﮐﺎر، ﻣن ﺑﺎﯾد ﻧﺎﻣﮫ ای ﺑﮫ

WIC ﺑﻧوﯾﺳم و آن را ارﺳﺎل ﮐﻧم ﯾﺎ ﺑﮫ ﺑرﻧﺎﻣﮫ WIC ﮐﮫ در ﺣﺎل ﺣﺎﺿر اﯾن اﺟﺎزه را ﺑﮫ آن ﻣﯽ دھم، ﺑﯾﺎورم. ھﻧﮕﺎﻣﯽ ﮐﮫ اطﻼﻋﺎت ﻗﺑﻼً

ﺗوﺳط WIC اراﺋﮫ ﺷده اﺳت، ﻣﯽ ﻓﮭﻣم ﮐﮫ ﺑرای ﻣن ﻟﻐو ﻣﺟوز ﺑرای ﻣن دﯾر ﺷده اﺳت.

# ﺷرﮐت ﮐﻧﻧده/واﻟدﯾن/اﻣﺿﺎی ﺳرﭘرﺳت:

**راﺑطﮫ ﺑﺎ ﺷرﮐت ﮐﻧﻧده:** ﺗﺎرﯾﺦ: / /

# اﯾن ﻣﺟوز ﺑﮫ ﻣدت ﯾﮏ ﺳﺎل از ﺗﺎرﯾﺦ اﻣﺿﺎ ﻣﻌﺗﺑر اﺳت.

اﯾن ﻣوﺳﺳﮫ، ﯾﮏ اراﺋﮫ ﮐﻧﻧده ﻓرﺻﺗﮭﺎی ﻣﺳﺎوی اﺳت.



Authorization for Release of Information – WIC Form # 267

Revised 09/2023 - Farsi