

من \_\_\_\_\_ برنامه \_\_\_\_\_ WIC را مجاز می دانم  
(چاپ نام)

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

- بله  خیر برنامه مراقبت از تغذیه
- بله  خیر بدون دستور غذا/فرمول خیر
- بله  اطلاعات بیمه درمانی خیر
- بله  ارتفاع/طول/وزن خیر
- بله  هموگلوبین/هماتوکریت/سرب
- بله  خیر واکسیناسیون
- بله  خیر هماهنگی قرارها
- بله  خیر (باید مشخص باشد): \_\_\_\_\_

از پرونده WIC:

نام شرکت کننده: \_\_\_\_\_ تاریخ تولد \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

به:

نام افراد یا سازمانها: \_\_\_\_\_

لطفاً بررسی کنید که آیا WIC ممکن است اطلاعات فوق را به ارائه دهنده MassHealth/Durable Equipment Medical (DME) ارائه دهد یا خیر.

به دلایل (های) زیر:

دلیل (های) به اشتراک گذاری این اطلاعات را بیان کنید. اگر نمی خواهید دلایل را ذکر کنید، فقط بنویسید، "به درخواست من":

- من درک می کنم که شخص یا سازمانهای ذکر شده در اینجا ممکن است تحت قوانین حریم خصوصی فدرال یا ایالت قرار نگیرند و ممکن است بتوانند اطلاعاتی را که WIC در اختیار آنها قرار می دهد، به اشتراک بگذارند.
  - من درخواست می کنم که برنامه WIC اطلاعات مشخص شده در بالا را ارائه دهد، حتی اگر می دانم که قانون فدرال به من این حق را می دهد که مزایای WIC را بدست آورم و سوابق شرکت کنندگان WIC را خصوصی نگه 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 که می توانم نظرم را تغییر دهم و این مجوز را در هر زمان لغو کنم. برای انجام این کار، من باید نامه ای به WIC بنویسم و آن را ارسال کنم یا به برنامه WIC که در حال حاضر این اجازه را به آن می دهم، بیاورم. هنگامی که اطلاعات قبلاً توسط WIC ارائه شده است، می فهمم که برای من لغو مجوز برای من دیر شده است.
- شرکت کننده/والدین/امضای سرپرست:

رابطه با شرکت کننده: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

این مجوز به مدت یک سال از تاریخ امضا معتبر است.

این موسسه، یک ارائه کننده فرصتهای مساوی است.

