# ئوليات في برنامج تغذية النساء والرضع واألطفال WIC(، اختصار اسم البرنامج في اللغة اإلنجليزية) برنامج التغذية )WIC( بوالية ماساتشوستس

**الحقوق**

 لدي الحق في الحصول على المعونات وخدمات التغذية حتى نهاية فترة أهليتي.

 ولدي الحق في االنتقال إلى برنامج )WIC( آخر في والية ماساتشوستس أو في أي والية أخرى.

 ولدي الحق في استالم إشعار (مسبق بـ 15 ي وما أو أقل) إذا لم أعد أنا مؤهلة أو لم يعد طفلي مؤها ل للحصول على معونات برنامج .)WIC(

 ولدي الحق في التقدم بشكوى إذا شعرت أن موظفي برنامج )WIC( أو موظفي المتاجر يعاملونني معاملة غير عادلة.

 ولدي الحق في التمتع بتجربة تسوق جيدة بصفتي زبونة ببرنامج .)WIC( ويجب معاملة زبائة برنامج )WIC( معاملة مماثلة لجميع الزبائن اآلخرين. إذا واجهتك أي مشاكل في

تجربة تسوقك ضمن برنامج )WIC( أو تودين التعبير عن مخاوف بشأنها، فاتصلي بالبرنامج على الفور أو بوحدة البائعين في مكتب الوالية على الرقم .1-800-WIC-007

 ولدى الحق في طلب عقد جلسة استماع عادلة إذا أصبحت غير مؤهلة أو ا لغيت عضويتي في البرنامج. إذا شعرت أن الق ارر غير عادل، يمكنني التقدم بطلب عقد جلسة استماع

عادلة من خالل إرسال خطاب إلى برنامج )WIC( على العنوان التالي: 250 شارع واشنطن، الطابق السادس، بوسطن، ماساتشوستس، ص.ب:. 02108، مع توجيه الخطاب إلى

عناية السيد/ مدير برنامج )WIC(؛ أو االتصال بالرقم 1-800-WIC-1007 لطلب المساعدة.

#  المسئوليات

 سوف أعامل موظفي برنامج )WIC( وموظفي المتاجر معاملة محترمة.

 وأعلم أن تقديمي عنوان بريدي اإللكتروني ورقم هاتفي يمثل موافقة مني لبرنامج )WIC( على التواصل مع عبر البريد اإللكتروني أو المكالمات الهاتفية أو الرسائل النصية من أجل

تذكيري بالمواعيد، ومشاركة المعلومات، وتعبئة االستطالع السنوي للمشاركين، واسترداد المنتجات الغذائية / حليب األطفال وحاالت اإليقاف الطارئ أو أي مما سبق.

 وأعلم أنني أستطيع إلغاء هذه الموافقة عن طريق إرسال إشعار بذلك إلى برنامج WIC)(، إذا لم أعد أرغب في التواصل معي عبر البريد اإللكتروني والمكالمات الهاتفية والرسائل

النصية أو أي مما سبق.

 ُسرقت أو تلفت.

 وأعلم أنه يجب علي االتصال بعيادة برنامج )WIC( على الفور إذا ضاعت بطاقة )WIC( الخاصة بي أو

 وأعلم أنني أستطيع ش ارء المنتجات الغذائية المعتمدة من برنامج )WIC( فقط والمسجلة في بطاقة )WIC( الخاصة بي، وأنني ال أستطيع استبدالها بمنتجات غذائية أخرى وحليب

أطفال آخر/ بنود أخرى.

 وأعلم أنه عضويتي في برنامج )WIC( ست لغى إذا لم أستلم المعونات لمدة شهرين اثنين.

 وأعلم أن نشر بيانات المنتجات الغذائية / حليب األطفال في برنامج )WIC( على اإلنترنت في منصة كريجزليست أو فيسبوك أو غيرها، بغرض بيع المعونات المقدمة من برنامج

)WIC( أو تبادل المنتجات الغذائية / حليب األطفال في برنامج )WIC( أو التبرع بها، سيؤدي إلى تجريدي من األهلية لمدة تصل إلى عام واحد مع وجود سداد كامل القيمة النقدية

لتلك المعونات.

 وأعلم أنه يجب عل **ُ**يإعادة جميع المنتجات الغذائية / حليب األطفال في برنامج )WIC( غير المستخدمة إلى عيادة برنامج .)WIC(

 وأقر بأنني ال أتلقى حا ليا معونات )WIC( من برنامج آخر أو باسم آخر أو من والية أخرى.

وأقر بمسئوليتي عن إخطار موظفي برنامج )WIC( إذا تلقيت حليب أطفال من برنامج التأمين الصحي بوالية ماساتشوستس MassHealth(، اختصار اسم البرنامج في اللغة



اإلنجليزية) أو من شركات تأمين أخرى.

 وأقر بمسئوليتي عن إخطار برنامج )WIC( إذا تغير دخل أسرتي أو عنوانها أو إذا تغير عنوان البريد اإللكتروني أو رقم الهاتف.

 وأعلم أن عضويتي في البرنامج قد ت لغى إذا هددت موظفي برنامج )WIC( أو موظفي المتاجر تهدي دا جسد يا أو شف هيا.

 وأعلم أن عضويتي في البرنامج قد ت لغى إذا قدمت معلومات خاطئة بهدف الدخول في برنامج )WIC(، ومنها ما يتعلق بمعلومات الهوية والعنوان وإجمالي دخل األسرة (جميع

األعضاء العاملين، وإعالة الطفل، والدخل من اإليجا ارت، وأي موارد أخرى تدر دخا ل) والمعلومات الطبية والصحية.

#  مشاركة المعلومات/ الخصوصية

 أعلم أنه من المحتمل اإلفصاح عن معلومات مثل اسمي واسم طفلي وعنواننا وأرقام هواتفنا وتواريخ ميالدنا لب ارمج خدمات صحية وإنسانية أخرى من أجل االستقصاء وتحديد أهلية

أسرتي في دخول برنامج ماساتشوستس هيد ستارت / إيرلي هيد ستارت؛ وقد ي فصح عنها أي ُضا لدائرة المساعدات االنتقالية DTA(، اختصار اسم الدائرة في اللغة اإلنجليزية) التي

ت دير برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP(، اختصار اسم البرنامج في اللغة اإلنجليزية.)

 وأعلم أنه إذا كان طفلي مسجا ل في برنامج هيد ستارت / إيرلي هيد ستارت، فقد ي فصح عن معلومات خاصة به مثل اسم طفلي وعنوانه وتاريخ ميالده وبيانات حميته الغذائية وأنماط

غذائية وأكله وقياسات طوله ووزنه ونسبة الهيموجلوبين / الهيماتوكريت وقيم الرصاص في دمه، التي يحتفظ بها برنامج )WIC(، من أجل تنسيق توفير الرعاية مع ب ارمج هيد ستارت

/ إيرلي هيد ستارت.

 وأعلم بصفتي ام أرة في مرحلة ما بعد الوالدة أنه قد ي فصح عن عنواني و / أو رقم هاتفي لنظام متابعة تقييم مخاطر الحمل التابع لو ازرة الصحة العامة من أجل دعوتي إلى تعبئة

است بيا ن ال ح مل

.

 وأعلم أنه من المحتمل اإلفصاح عن معلومات مثل اسمي، واسم الطفل، والعنوان، ورقم الهاتف، وتاريخ الميالد، والجنس، والعرق، واللغة المنطوقة، وفحص تحديد مستوى الرصاص

في الدم، ونتيجة / تاريخ اختبار تحديد مستوى الرصاص في الدم، ورقم العضوية في برنامج )WIC(، ومنطقة الخدمة في برنامج )WIC( -إذا أمكن- لبرنامج الوقاية من التسمم بالرصاص في الطفولة التابع لو ازرة الصحة العامة؛ وذلك بهدف الوقاية من تسمم األطفال بالرصاص وإج ارء فحوصات واختبا ارت تحديد مستوى الرصاص في الدم وتحديد نسب

التسمم. وإذا تم تسجيل طفلي في فئة من لم يجروا فحص نسبة الرصاص في الدم، ستتواصل معي دائرة األوبئة البيئية وبرنامج الوقاية من التسمم بالرصاص في الطفولة التابعين

لو ازرة الصحة العامة من أجل تيسير إج ارء فحص تحديد مستوى الرصاص في الدم.

ال يمكن لهذه الب ارمج استخدام المعلومات المقدمة لها من برنامج )WIC( في أي أغ ارض أخرى خالف االستقصاء عن ب ارمج معينة، وال يمكنها اإلفصاح عن حقيقة عضويتك ومشاركتك أنت وأسرتك في برنامج )WIC( ألي شخص آخر. ويجب على أي شخص آخر الحصول على إذن كتابي منك اللطالع على سجالتك في برنامج )WIC(، ما لم ينص



القانون على

خالف ذلك.

**بيان عدم التمييز من وزارة الزراعة األمريكية**

## ، يجب على الوكاالت الحكومية أو المحلية، والمستلمينFNSبالنسبة إلى جميع برامج المساعدة الغذائية األخرى في

**:الفرعيين الخاصين بها، نشر بيان عدم التمييز التالي**

، يحظر على هذه المؤسسة ممارسة التمييز على أساس )USDA(وفق ا لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية الخاصة بوزارة الزراعة اﻷمريكية

بما في ذلك الهوية الجنسانية(العرق،أو اللون، أو اﻷصل القومي، أو الجنس . أو اﻹعاقة، أو العمر، أو االنتقام، أو الثأر لفعل سابق متعلق بالحقوق المدنية)والميل الجنسي

مثل( وينبغي لﻸشخاص ذوي اﻹعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج .قد ت تاح معلومات البرنامج بلغات أخرى غير اللغة اﻹنجليزية االتصال بالوالية المسؤولة أو الوكالة المحلية المسؤولة التي تدير البرنامج أو مركز )طريقة بريل، والمطبوعات الكبيرة، والشرائط الصوتية، ولغة اﻹشارة اﻷمريكية، إلخ (مكالمة صوتية أو مكالمة مخصصة للصم والبكم ( )202( 2600-720 على )USDA( التابع لوزارة الزراعة اﻷمريكية TARGET

من خﻼل الخدمة الفيدرالية للصم والبكم على)USDA( أو االتصال بوزارة الزراعة اﻷمريكية )TTY)

.)800( 8339-877

لتقديم شكوى بشأن التمييز في البرنامج، يجب على مقدم الشكوى إكمال نموذج [شكوى التمييز في برنامج وزارة الزراعة](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf) من أي <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-arabic.pdf> [:، الذي يمكن الحصول عليه عبر اﻹنترنت علىForm AD-3027اﻷمريكية](https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-arabic.pdf) .)USDA(، أو عن طريق كتابة خطاب موجه إلى وزارة الزراعة اﻷمريكية 632 (866)-9992، عن طريق االتصال بالرقم )USDA (مكتب تابع لوزارة الزراعة اﻷمريكية (ويجب أن يتضمن الخطاب اسم صاحب الشكوى، وعنوانه، ورقم هاتفه ووصف ا مكتوب ا لﻺجراء التمييزي المزعوم بتفصيل كاف ﻹبﻼغ اﻷمين المساعد للحقوق المدنية

بطبيعة االنتهاك المزعوم)ASCR : إلى وزارة الزراعة اﻷمريكية عن طريقAD-3027 يجب تقديم النموذج أو الخطاب المكتمل .للحقوق المدنية وتاريخه

## :العنوان البريدي

U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

Independence Avenue, SW 1400

أو ; Washington, D.C. 20250-9410

## :الفاكس

أو ;(202) 690-7442 1665-256 )833(

## :البريد اإللكتروني

program.intake@usda.gov

.هذه المؤسسة هي مؤسسة توفر تكافؤ الفرص



Rights & Responsibilities – WIC Form # 138 Revised 09/2023 - Arabic