

الحقوق

- ✓ لدي الحق في الحصول على المعونات وخدمات التغذية حتى نهاية فترة أهليتي.
- ✓ ولدي الحق في الانتقال إلى برنامج (WIC) آخر في ولاية ماساتشوستس أو في أي ولاية أخرى.
- ✓ ولدي الحق في استلام إشعار مسبق بـ 15 ي وما أو أقل إذا لم أعد أنا مؤهلة أو لم يعد ظفي مؤهلاً 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 زبونة برنامج (WIC) معاملة مماثلة لجميع الزبائن الآخرين. إذا واجهت أي مشاكل في تجربة تسوقك ضمن برنامج (WIC) أو تودين التعبير عن مخاوف بشأنها، فانصلي بالبرنامج على الفور أو بوحدة البائعين في مكتب الولاية على الرقم 1-800-WIC-007.
- ✓ ولدي الحق في طلب عقد جلسة استماع عادلة إذا أصبحت غير مؤهلة أو الغيت عضويتي في البرنامج. إذا شعرت أن الق ارر غير عادل، يمكنك التقدم بطلب عقد جلسة استماع عادلة من خلال إرسال خطاب إلى برنامج (WIC) على العنوان التالي: 250 شارع واشنطن، الطابق السادس، بوسطن، ماساتشوستس، ص.ب.: 02108، مع توجيه الخطاب إلى غنية السيد/ مدير برنامج (WIC)؛ أو الاتصال بالرقم 1-800-WIC-1007 لطلب المساعدة.

المسئوليات

- ✓ سوف أعمل موظفي برنامج (WIC) وموظفي المتاجر معاملة محترمة.
- ✓ وأعلم أن تقديمي عنوان بريدي الإلكتروني ورقم هتفي يمثل موافقة مني لبرنامج (WIC) على التواصل مع عبر البريد الإلكتروني أو المكالمات الهاتفية أو الرسائل النصية من أجل تذكيري بالمواعيد، ومشاركة المعلومات، وتعبئة السطلع السنوي للمشاركين، واسترداد المنتجات الغذائية / حليب الأطفال وحالات إيقاف الطوارئ 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 الإلكتروني والمكالمات الهاتفية والرسائل النصية أو أي مما سبق.
- ✓ وأعلم أنه يجب علي الاتصال بعبادة برنامج (WIC) على الفور إذا ضاعت بطاقة (WIC) الخاصة بي أو هُزمت أو تلفت.
- ✓ وأعلم أنني أستطيع شراء المنتجات الغذائية المعتمدة من برنامج (WIC) فقط والمسجلة في بطاقة (WIC) الخاصة بي، ولتني ال أستطيع استبدالها بمنتجات غذائية أخرى وحليب أطفال آخر/ بنود أخرى.
- ✓ وأعلم أنه عضويتي في برنامج (WIC) ستلغى إذا لم أستلم المعونات لمدة شهرين متتاليين.
- ✓ وأعلم أن نشر بيانات المنتجات الغذائية / حليب الأطفال في برنامج (WIC) على الإنترنت في منصة كرجيزليت أو فيسبوك أو غيرها، بغرض بيع المعونات المقدمة من برنامج (WIC) أو تبادل المنتجات الغذائية / حليب الأطفال في برنامج (WIC) أو التبرع بها، سيؤدي إلى تجريدي من الأهلية لمدة تصل إلى عام واحد مع وجود سداد كامل القيمة الغذائية لتلك المعونات.
- ✓ وأعلم أنه يجب علي إعادة جميع المنتجات الغذائية / حليب الأطفال في برنامج (WIC) غير المستخدمة إلى عبادة برنامج (WIC).
- ✓ وأقر بأنني ال أتلقى حالياً معونات (WIC) من برنامج آخر أو باسم آخر أو من ولاية أخرى.
- ✓ وأقر بمسئوليتي عن إخطار موظفي برنامج (WIC) إذا تلقيت حليب أطفال من برنامج التأمين الصحي بولاية ماساتشوستس (MassHealth)، اختصار اسم البرنامج في اللغة الإنجليزية) أو من شركات تأمين أخرى.
- ✓ وأقر بمسئوليتي عن إخطار برنامج (WIC) إذا تغير دخل أسرتي أو عنوانها أو إذا تغير عنوان البريد الإلكتروني أو رقم الهاتف.
- ✓ وأعلم أن عضويتي في البرنامج قد تلغى إذا هددت موظفي برنامج (WIC) أو موظفي المتاجر تهديدا جسديا أو شف هيا.
- ✓ وأعلم أن عضويتي في البرنامج قد تلغى إذا قدمت معلومات خاطئة بهدف الدخول في برنامج (WIC) (ومنها ما يتعلق بمعلومات الهوية والعنوان وإجمالي دخل الأسرة) لجميع الأعضاء العاملين، وإعالة الطفل، والدخل من الإيجارات، وأي موارد أخرى ندر دخال (والمعلومات الطبية والصحية).

مشاركة المعلومات/ الخصوصية

- ✓ أعلم أنه من المحتمل الإفصاح عن معلومات مثل اسمي واسم ظفي وعنواننا وأرقام هواتفنا وتواريخ ميلادنا لب ارجح خدمات صحية وإنسائية أخرى من أجل الاستقصاء وتحديد أهلية أسرتي في دخول برنامج ماساتشوستس هيد ستارت / إيرلي هيد ستارت؛ وقد يفصح عنها أي ُضا دائرة المساعدات التنقلية (DTA)، اختصار اسم الدائرة في اللغة الإنجليزية التي تدير برنامج المساعدات الغذائية التكميلية (SNAP)، اختصار اسم البرنامج في اللغة الإنجليزية.
- ✓ وأعلم أنه إذا كان ظفي مسجلاً في برنامج هيد ستارت / إيرلي هيد ستارت، فقد يفصح عن معلومات خاصة به مثل اسم ظفي وعنوانه وتاريخ ميلاده وبيانات حميته الغذائية وأملط غذائية واكله وقياسات طوله ووزنه ونسبة اليوميوليين / الهيموكرت وقيم الرصاص في دمه، التي يحتفظ بها برنامج (WIC) من أجل تنسيق توفير الرعاية مع ب ارجح هيد ستارت / إيرلي هيد ستارت.

✓ وأعلم بصفتي لم أرة في مرحلة ما بعد الولادة أنه قد يفصح عن عنواني و / أو رقم هاتفي لنظام متابعة تقييم مخاطر الحمل التابع لوزارة الصحة العامة من أجل دعوتي إلى تعبئة

✓ وأعلم أنه من المحتمل الإفصاح عن معلومات مثل اسمي، واسم الطفل، والعنوان، ورقم الهاتف، وتاريخ الميلاد، 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 الوفاة من التسمم بالرصاص في الطفولة التابع لوزارة الصحة العامة، وذلك بهدف الوفاة من تسمم الأطفال بالرصاص واجراء فحوصات واختبارت تحديد مستوى الرصاص في الدم وتحديد نسب التسمم. وإذا تم تسجيل ظفي في فئة من لم يجروا فحص نسبة الرصاص في الدم، متواصل معي دائرة الوفاة البيئية وبرنامج الوفاة من التسمم بالرصاص في الطفولة التابع لوزارة الصحة العامة من أجل تبسيط اجراء فحص تحديد مستوى الرصاص في الدم.

✓ لا يمكن لهذه الب ارجع استخدام المعلومات المقدمة لها من برنامج (WIC) في أي أغ ارض أخرى خالف المستقضاء عن ب ارجع معينة، وال يمكنها الإفصاح عن حقيقة عضويتك ومشاركك أنت وأسرنتك في برنامج (WIC) (ألي شخص آخر. ويجب على أي شخص آخر الحصول على إذن كتابي منك الطالع على سجلاتك في برنامج (WIC)، ما لم ينص

القانون على
خالف ذلك.

بيان عدم التمييز من وزارة الزراعة الأمريكية

، يجب على الوكالات الحكومية أو المحلية، والمستلمين FNS بالنسبة إلى جميع برامج المساعدة الغذائية الخرى في الفرعين الخاصين بها، نشر بيان عدم التمييز التالي:

، يحظر على هذه المؤسسة ممارسة التمييز على أساس (USDA) (وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية الخاصة بوزارة الزراعة الأمريكية بما في ذلك الهوية الجنسية) العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو الجنس . أو الإعاقة، أو العمر، أو التنقار، أو التثار لفعال سابق متعلق بالحقوق المدنية والميل الجنسي

(مثل) وينبغي للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج. قد تتاح معلومات البرنامج بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية الاتصال بالولاية المسؤولة أو الوكالة المحلية المسؤولة التي تدير البرنامج أو مركز (طريقة بريل، والمطبوعات الكبيرة، والشرائط الصوتية، ولغة الإشارة الأمريكية، إلخ) مكالمات صوتية أو مكالمات مخصصة للصم والبكم ((202) 2600-720 على (USDA) التابع لوزارة الزراعة الأمريكية TARGET من خلال الخدمة الفيدرالية للصم والبكم على (USDA) أو الاتصال 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 من أي كناية خطاب موجه إلى وزارة الزراعة الأمريكية 632 9992-866، عن طريق الاتصال بالرقم (USDA) (مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية) ويجب أن يتضمن الخطاب اسم صاحب الشكوى، وعنوانه، ورقم هاتفه ووصفا مكتوب للإجراء التمييزي المزعم بتفصيل كاف لإبلاغ الأمين المساعد للحقوق المدنية بطبيعة انتهاك المزعم ASCR) : إلى وزارة الزراعة الأمريكية عن طريق AD-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
Washington, D.C. 20250-9410 ; أو

الفاكس:

833(202) 690-7442 1665-256 ; أو

البريد الإلكتروني:

program.intake@usda.gov

هذه المؤسسة هي مؤسسة توفر تكافؤ الفرص

