**ھﺎی WIC**

**ﻣﺳﺋوﻟــﯾت**

**ﺣﻘــــوق و**

**ﺑرﻧﺎﻣﮫ ﺗﻐذﯾﮫ ﻣﺎﺳﺎﭼوﺳت WIC**

**قوـﻘـﺣ**

 ﻣن ﺣﻖ دارم از ﻣزاﯾﺎ و ﺧدﻣﺎت ﺗﻐذﯾﮫ ﺗﺎ ﭘﺎﯾﺎن دوره ﮔواھﯾﻧﺎﻣﮫ ﺧود اﺳﺗﻔﺎده ﮐﻧم.

 ﻣن ﺣﻖ دارم ﺑﮫ ﺑرﻧﺎﻣﮫ WIC دﯾﮕری در MA ﯾﺎ ھر اﯾﺎﻟت دﯾﮕر ﻣﻧﺗﻘل ﺷوم.

 اﮔر ﻣن ﯾﺎ ﻓرزﻧدم دﯾﮕر واﺟد ﺷراﯾط درﯾﺎﻓت ﻣزاﯾﺎی WIC ﻧﯾﺳﺗم، ﺣﻖ درﯾﺎﻓت اﻋﻼن 15) روز ﯾﺎ ﮐﻣﺗر( را دارم.

 در ﺻورﺗﯽ ﮐﮫ اﺣﺳﺎس ﮐﻧم ﺑﺎ ﮐﺎرﮐﻧﺎن WIC ﯾﺎ ﮐﺎرﮐﻧﺎن ﻓروﺷﮕﺎه ﺑﺎ ﻣن ﻧﺎﻋﺎدﻻﻧﮫ ﺑرﺧورد ﺷده اﺳت، ﻣﯽ ﺗواﻧم ﺷﮑﺎﯾت ﮐﻧم.

 ﻣن ﺑﮫ ﻋﻧوان ﯾﮏ ﻣﺷﺗری WIC اﯾن ﺣﻖ را دارم ﮐﮫ ﺗﺟرﺑﮫ ﺧرﯾد ﺧوﺑﯽ داﺷﺗﮫ ﺑﺎﺷم. ﺑﺎ ﻣﺷﺗرﯾﺎن WIC ﺑﺎﯾد ﻣﺎﻧﻧد ﺳﺎﯾر ﻣﺷﺗرﯾﺎن رﻓﺗﺎر ﺷود. اﮔر در

ﺧرﯾد WIC ﺧود ﻣﺷﮑﻠﯽ ﯾﺎ ﻧﮕراﻧﯽ دارﯾد، ﻓورا ﺑﺎ ﺑرﻧﺎﻣﮫ ﯾﺎ واﺣد ﻓروﺷﻧده در دﻓﺗر دوﻟﺗﯽ ﺑﮫ ﺷﻣﺎره 1-800-WIC-1007 ﺗﻣﺎس ﺑﮕﯾرﯾد.

 اﮔر ﻣن واﺟد ﺷراﯾط ﻧﺑودم ﯾﺎ از ﺑرﻧﺎﻣﮫ ﺣذف ﺷدم، ﺣﻖ دارم ﯾﮏ ﺟﻠﺳﮫ دادرﺳﯽ ﻋﺎدﻻﻧﮫ داﺷﺗﮫ ﺑﺎﺷم. اﮔر اﺣﺳﺎس ﻣﯽ ﮐﻧم اﯾن ﺗﺻﻣﯾم ﻧﺎﻋﺎدﻻﻧﮫ

ﺑود، ﻣﯽ ﺗواﻧم ﺑﺎ ﯾﮏ ﻧﺎﻣﮫ ﺑﮫ Program WIC، Street Washington 250، طﺑﻘﮫ ﺷﺷم، ﺑوﺳﺗون، Director WIC attn: 02108 MA، ﯾﺎ ﺑﺎ

ﺷﻣﺎره 1-800-WIC-1007 ﺑرای ﮐﻣﮏ ﺑﮫ دادرﺳﯽ ﻋﺎدﻻﻧﮫ ﻣراﺟﻌﮫ ﮐﻧم.

**ﺎھ تﯾﻟوﺋﺳﻣ**

 ﺑﺎ ﮐﺎرﮐﻧﺎن WIC و ﮐﺎرﮐﻧﺎن ﻓروﺷﮕﺎه ﺑﺎ اﺣﺗرام رﻓﺗﺎر ﺧواھم ﮐرد.

 ﺑﺎ اﺷﺗراک ﮔذاﺷﺗن آدرس اﯾﻣﯾل و ﺷﻣﺎره ﺗﻠﻔن ﺧود ﻣﯽ داﻧم ﮐﮫ ﺑﮫ ﺑرﻧﺎﻣﮫ WIC رﺿﺎﯾت ﻣﯽ دھم ﺗﺎ از طرﯾﻖ اﯾﻣﯾل، ﺗﻠﻔن و/ﯾﺎ ﭘﯾﺎم ﻣﺗﻧﯽ ﺑرای

ﯾﺎدآوری ﻗرارھﺎ، ﺑﮫ اﺷﺗراک ﮔذاری اطﻼﻋﺎت، ﻧظرﺳﻧﺟﯽ ﺳﺎﻻﻧﮫ ﺷرﮐت ﮐﻧﻧدﮔﺎن، ﻓراﺧوان ﻓرﻣول/ﻣﺣﺻوﻻت ﻏذاﯾﯽ، ﺑﺎ ﻣن ﺗﻣﺎس ﺑﮕﯾرد. و/ﯾﺎ

ﺑﺳﺗﮫ ﺷدن اﺿطراری ﻣن درک ﻣﯽ ﮐﻧم ﮐﮫ ﻣﯽ ﺗواﻧم رﺿﺎﯾت ﺧود را ﺑﺎ اطﻼع از ﺑرﻧﺎﻣﮫ WIC ﻟﻐو ﮐﻧم، اﮔر دﯾﮕر ﻧﻣﯽ ﺧواھم از طرﯾﻖ اﯾﻣﯾل،

ﺗﻠﻔن و/ﯾﺎ ﭘﯾﺎم ﻣﺗﻧﯽ ﺑﺎ ﻣن ﺗﻣﺎس ﺑﮕﯾرﻧد.

 ﻣن درک ﻣﯽ ﮐﻧم اﮔر ﮐﺎرت WIC ﻣن ﮔم ﺷود، ﺑﮫ ﺳرﻗت ﺑرود ﯾﺎ آﺳﯾب ﺑﺑﯾﻧد، ﺑﺎﯾد ﻓورا ﺑﺎ ﮐﻠﯾﻧﯾﮏ WIC ﺗﻣﺎس ﺑﮕﯾرم.

 ﻣن ﻣﯽ داﻧم ﮐﮫ ﻣن ﻓﻘط ﻣﯽ ﺗواﻧم ﻏذاھﺎی ﺗﺄﯾﯾد ﺷده WIC ﺻﺎدر ﺷده در ﮐﺎرت WIC ﺧود را ﺑﺧرم و ﻧﻣﯽ ﺗواﻧم ﻓرﻣول و ﻣواد ﻏذاﯾﯽ/اﻗﻼم دﯾﮕر

را ﺟﺎﯾﮕزﯾن ﮐﻧم.

 ﻣن درک ﻣﯽ ﮐﻧم ﮐﮫ اﮔر ﺑﮫ ﻣدت 2 ﻣﺎه ﻣزاﯾﺎﯾﯽ درﯾﺎﻓت ﻧﮑﻧم، از ﺑرﻧﺎﻣﮫ WIC ﺣذف ﻣﯽ ﺷوم.

 ﻣن درک ﻣﯽ ﮐﻧم ﮐﮫ ارﺳﺎل ﻓرﻣول/ﻏذای WIC در اﯾﻧﺗرﻧت از طرﯾﻖ ﮔرﯾﮕﻠﯾﺳت، ﻓﯾس ﺑوک و ﻏﯾره ﺑﺎ ھدف ﻓروش ﻣزاﯾﺎی WIC، ﻣﺑﺎدﻟﮫ ﯾﺎ

واﮔذاری ﻓرﻣول/ﻏذا WIC ﻣﻧﺟر ﺑﮫ رد ﺻﻼﺣﯾت ﺗﺎ ﯾﮏ ﺳﺎل و ﺑﺎزﭘرداﺧت ﮐﺎﻣل ﻧﻘدی و ﻓواﯾد آﻧﮭﺎ ﻣﯽ ﺷود.

 ﻣن درک ﻣﯽ ﮐﻧم ﮐﮫ ﺑﺎﯾد ﺗﻣﺎم ﻓرﻣول/ﻏذای WIC اﺳﺗﻔﺎده ﻧﺷده را ﺑﮫ ﮐﻠﯾﻧﯾﮏ WIC ﺑﺎزﮔرداﻧم.

 ﻣن در ﺣﺎل ﺣﺎﺿر ﻣزاﯾﺎی WIC را از ﺑرﻧﺎﻣﮫ دﯾﮕری، ﺗﺣت ﻧﺎم دﯾﮕر ﯾﺎ اﯾﺎﻟت دﯾﮕری درﯾﺎﻓت ﻧﻣﯽ ﮐﻧم.

 در ﺻورت درﯾﺎﻓت ﻓرﻣول از MassHealth ﯾﺎ ﺳﺎﯾر ﺷرﮐت ھﺎی ﺑﯾﻣﮫ، ﺑﮫ ﮐﺎرﮐﻧﺎن WIC اطﻼع ﻣﯽ دھم.

 ﻣن درک ﻣﯽ ﮐﻧم ﮐﮫ اﮔر درآﻣد، آدرس، آدرس اﯾﻣﯾل ﯾﺎ ﺷﻣﺎره ﺗﻠﻔن ﻣن ﺗﻐﯾﯾر ﮐﻧد، WICرا ﻣطﻠﻊ ﺧواھم ﮐرد.

 ﻣن درک ﻣﯽ ﮐﻧم ﮐﮫ اﮔر ﮐﺎرﮐﻧﺎن WIC ﯾﺎ ﮐﺎرﮐﻧﺎن ﻓروﺷﮕﺎه را ﺑﮫ ﺻورت ﻓﯾزﯾﮑﯽ ﯾﺎ ﺷﻔﺎھﯽ ﺗﮭدﯾد ﮐﻧم ﻣﻣﮑن اﺳت از ﺑرﻧﺎﻣﮫ ﺣذف ﺷوم.

ﻣن درک ﻣﯽ ﮐﻧم ﮐﮫ ﻣﻣﮑن اﺳت ﺑﮫ دﻟﯾل اراﺋﮫ اطﻼﻋﺎت ﻧﺎدرﺳت ﺑرای درﯾﺎﻓت WIC، از ﺟﻣﻠﮫ ھوﯾت، آدرس، درآﻣد ﻧﺎﺧﺎﻟص ﺧﺎﻧوار )ھﻣﮫ

اﻋﺿﺎی ﺷﺎﻏل، ﺣﻣﺎﯾت از ﮐودﮐﺎن، درآﻣد اﺟﺎره و ﺳﺎﯾر ﻣﻧﺎﺑﻊ درآﻣدی(، اطﻼﻋﺎت ﭘزﺷﮑﯽ و ﺳﻼﻣﺗﯽ از ﺑرﻧﺎﻣﮫ ﺣذف ﺷوم.

**تﺎﻣرﺣﻣ*/*تﺎﻋﻼطا یراذﮔ کارﺗﺷا**

 ﻣن درک ﻣﯽ ﮐﻧم ﮐﮫ ﻧﺎم و ﻧﺎم ﻓرزﻧدم، آدرس، ﺷﻣﺎره ﺗﻠﻔن و ﺗﺎرﯾﺦ ﺗوﻟد ﻣن ﻣﻣﮑن اﺳت ﺑﮫ ﺳﺎﯾر ﺑرﻧﺎﻣﮫ ھﺎی ﺧدﻣﺎت ﺑﮭداﺷﺗﯽ و اﻧﺳﺎﻧﯽ داده ﺷود ﺗﺎ

ﺑﺗواﻧم ارﺗﺑﺎطﺎت ﺧود را ﺑﺎ ﯾﮑدﯾﮕر ﺗﻌﯾﯾن ﮐﻧم و ﺻﻼﺣﯾت ﺧﺎﻧواده ام را ﺑرای ﺑرﻧﺎﻣﮫ ھﺎی ﺷروع اوﻟﯾﮫ/ﺑرﻧﺎﻣﮫ ﺷروع زودھﻧﮕﺎم ﻣﺎﺳﺎﭼوﺳت ﻧﯾز

ﺗﻌﯾﯾن ﮐﻧم. ﺑﮫ ﻋﻧوان دﭘﺎرﺗﻣﺎن ﮐﻣﮑﮭﺎی اﻧﺗﻘﺎﻟﯽ (DTA) ﮐﮫ ﺑرﻧﺎﻣﮫ ﮐﻣﮑﯽ ﺗﻐذﯾﮫ ﺗﮑﻣﯾﻠﯽ (SNAP) را اداره ﻣﯽ ﮐﻧد.

 ﻣن درک ﻣﯽ ﮐﻧم ﮐﮫ اﮔر ﻓرزﻧدم در ﺷروع اوﻟﯾﮫ/ﺑرﻧﺎﻣﮫ ﺷروع زودھﻧﮕﺎم ﺛﺑت ﻧﺎم ﮐرده ﺑﺎﺷد، ﻧﺎم، آدرس، ﺗﺎرﯾﺦ ﺗوﻟد و رژﯾم ﻏذاﯾﯽ و اﻟﮕوھﺎی

ﻏذاﯾﯽ، اﻧدازه ﮔﯾری ﻗد و وزن، ﻣﯾزان ھﻣوﮔﻠوﺑﯾن/ھﻣﺎﺗوﮐرﯾت و ﺳرب در WIC ﻣﻣﮑن اﺳت ﺑرای ھﻣﺎھﻧﮕﯽ ﻣراﻗﺑت ﺑﺎ ﺑرﻧﺎﻣﮫ ھﺎی ﺷروع

اوﻟﯾﮫ/ﺑرﻧﺎﻣﮫ ﺷروع زودھﻧﮕﺎم ﺑﮫ اﺷﺗراک ﮔذاﺷﺗﮫ ﺷود.

 ﻣن ﺑﮫ ﻋﻧوان ﯾﮏ زن ﭘس از زاﯾﻣﺎن درک ﻣﯽ ﮐﻧم، آدرس و/ﯾﺎ ﺷﻣﺎره ﺗﻠﻔن ﻣن ﻣﻣﮑن اﺳت ﺑﮫ ﺳﯾﺳﺗم ﻧظﺎرت ﺑر ارزﯾﺎﺑﯽ ﺧطرات ﺑﺎرداری

وزارت ﺑﮭداﺷت ﻋﻣوﻣﯽ داده ﺷود ﺗﺎ از ﻣن ﺑرای ﺗﮑﻣﯾل ﻧظرﺳﻧﺟﯽ ﺑﺎرداری دﻋوت ﮐﻧد.

 ﻣن ﻣﯽ داﻧم ﮐﮫ ﻧﺎم و ﻧﺎم ﻓرزﻧد، آدرس، ﺷﻣﺎره ﺗﻠﻔن، ﺗﺎرﯾﺦ ﺗوﻟد، ﺟﻧس، ﻧژاد، ﻗوﻣﯾت، زﺑﺎن ﺻﺣﺑت ﺷده، ﻏرﺑﺎﻟﮕری ﺳرب، ﻧﺗﯾﺟﮫ/ﺗﺎرﯾﺦ آزﻣﺎﯾش ﺳرب ﺧون، در ﺻورت وﺟود، ﺷﻣﺎره ﺷﻧﺎﺳﮫ WIC ﻋﺿو و ﻣﻧطﻘﮫ ﺧدﻣﺎت WIC ﻣﻣﮑن اﺳت ﺑرای ﭘﯾﺷﮕﯾری، ﻏرﺑﺎﻟﮕری و ﺷﻧﺎﺳﺎﯾﯽ ﻣﺳﻣوﻣﯾت ﺑﺎ ﺳرب دوران ﮐودﮐﯽ، ﺑﮫ وزارت ﺑﮭداﺷت ﻋﻣوﻣﯽ ﺑرﻧﺎﻣﮫ ﭘﯾﺷﮕﯾری از ﻣﺳﻣوﻣﯾت ﺑﺎ ﺳرب ﮐودﮐﺎن داده ﺷود. در ﺻورﺗﯽ ﮐﮫ ﻣﺷﺧص ﺷود ﻓرزﻧد

ﻣن از ﻧظر ﺧون ﻣورد ﺑررﺳﯽ ﻗرار ﻧﻣﯽ ﮔﯾرد، ﺑرﻧﺎﻣﮫ ﭘﯾﺷﮕﯾری از ﻣﺳﻣوﻣﯾت ﺑﺎ ﺳرب در دوران ﮐودﮐﯽ و ﺑﮭداﺷت ﻋﻣوﻣﯽ ﺑﺎ ﻣن ﺗﻣﺎس ﻣﯽ

ﮔﯾرد ﺗﺎ ﻏرﺑﺎﻟﮕری ﺳرب ﺧون را ﺗﺳﮭﯾل ﮐﻧد.

 اﯾن ﺑرﻧﺎﻣﮫ ھﺎ ﻧﻣﯽ ﺗواﻧﻧد از اطﻼﻋﺎﺗﯽ ﮐﮫ WIC ﺑﮫ آﻧﮭﺎ ﻣﯽ دھد ﺑرای اھداف دﯾﮕری ﻏﯾر از ﺑرﻧﺎﻣﮫ ھﺎی ﺧﺎص اﺳﺗﻔﺎده ﮐﻧﻧد و ﻧﻣﯽ

ﺗواﻧﻧد اﯾن

واﻗﻌﯾت را ﮐﮫ ﺷﻣﺎ و ﺧﺎﻧواده ﺷﻣﺎ در WIC ﺷرﮐت ﻣﯽ ﮐﻧﯾد ﺑﮫ دﯾﮕران اطﻼع دھﻧد. ﺑﮫ ﺟز ﻣواردی ﮐﮫ طﺑﻖ ﻗﺎﻧون ﻻزم اﺳت، ھر ﺷﺧص

دﯾﮕری

ﺑﺎﯾد ﻣﺟوز ﮐﺗﺑﯽ ﺷﻣﺎ را ﺑرای درﯾﺎﻓت ﺳواﺑﻖ WIC ﺷﻣﺎ داﺷﺗﮫ ﺑﺎﺷد.

**یرﺎﮔزﺎﺳﺎﻧ ﮫﯾﻧﺎﯾﺑ ا USDA**

# ﺑرای ﺳﺎﯾر ﺑرﻧﺎﻣههﺎی کﻣکی ﺗﻐذﯾهﺎی FNS، ﺳﺎزﻣﺎﻧهﺎی اﯾﺎﻟﺗی ﯾﺎ ﻣﺣلی و درﯾﺎفﺗکﻧﻧدﮔﺎن فرﻋی آنها، ﺑﺎﯾد ﺑﯾﺎﻧﯾﮫ عدم

**تبعیض زیر ارسال شود:**

مطابق با قانون حقوق مدنی فدرال و مقررات و سیاستهای حقوق مدنی وزارت کشاورزی ایاالت متحده (USDA)، این

موسسه از اعمال تبعیض بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، جنسیت (شامل هویت جنسی و گرایش جنسی)، معلولیت، سن،

و انتقامجویی یا تالفیجویی بابت فعالیتهای قبلی حقوق مدنی منع شده است.

اطالعات برنامه ممکن است به زبانهایی غیر از انگلیسی در دسترس باشد. افراد دارای معلولیت که برای کسب اطالعات

برنامه نیاز به ابزارهای ارتباطی جایگزین (مانند خط بریل، مطالب چاپی بزرگ، نوار صوتی، زبان اشاره آمریکایی)

دارند، باید با ایالت یا سازمان محلی مسئول که برنامه را اجرا میکند یا مرکز TARGET در USDA به شماره (202)

720-2600 (صوتی و )TTY تماس بگیرند یا از طریق سرویس رله فدرال به شماره 8339-877 )800( با USDA

ارتباط برقرار کنند.

برای ﺛبت شکایت مربوط به تبعیض در برنامه، شاکی باید فرم AD-3027، فرم شکایت مربوط به تبعیض در برنامه

USDA را تکمیل کند که میتوانید آن را به صورت آنﻼین در آدرس: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-farsi.pdf>

، از هر یک از دفاتر USDA، با تماس با شماره 632-9992 (866)، یا

با نوشتن نامهای خطاب به USDA دریافت کنید. نامه باید حاوی نام، آدرس، شماره تلفن شاکی و شرح کتبی از اقدام تبعیضآمیز مورد ادعا و

جزئیات کافی برای اطالعرسانی به دستیار وزیر حقوق مدنی )ASCR( در مورد ماهیت و تاریخ

نقض حقوق مدنی مورد ادعا باشد. باید فرم AD-3027 تکمیل شود و یا نامه به USDA ارسال شود:

# به صورت پستی:

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

1400 Independence Avenue, SW یا ؛Washington, D.C. 20250-9410

# نمابر:

یا ؛(202) 690-7442 یا (833) 256-1665

# ایمیل:

[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

**)1(**

# )2(

**)3(**

این موسسه، ارائهکننده فرصتهای برابر است.

Rights & Resposibilities – WIC Form # 138

Revised 09/2023 - Farsi