سازمان بهداشت و خدمات سالمندان میسوری لازم الاجرا از تاریخ 1 نوامبر 2015
خدمات تغذیه و WIC

تاریخ تنفیذ: ۱ مارس 2016

حقوق و مسئولیت‌های شرکت‌کننده – فارسی/Farsi

تاریخ ارائهٔ پوشهٔ شناسایی (ID Folder):	تاریخ ارائهٔ فهرست غذا (Food List):

من در تاریخ‌های ذکر شده در بالا پوشهٔ شناسایی شرکت‌کنندهٔ WIC و فهرست غذایی مورد تأیید WIC را دریافت نمودم. دربارهٔ الزامات ویژه‌ای که در هر دو ذکر شده است به من توضیح داده شد.

من متوجه هستم که شرکت کردن از طریق دو مؤسسه در آن واحد غیرقانونی بوده و من مجاز هستم در هر دوره تنها از یک مؤسسه مزایای WIC را دریافت کنم. اگر **در طی 60 روز** از زمانی که چک‌ها صادر می‌شوند، آنها را از مؤسسه دریافت نکنم، از برنامه حذف می‌شوم.

من می‌توانم نسبت به هر تصمیمی که مؤسسهٔ محلی دربارهٔ واجد شرایط بودن من برای برنامه اتخاذ می‌کند، درخواست تجدید نظر کنم. موسسهٔ محلی، خدمات بهداشتی و آموزش‌های تغذیه را به من ارائه می‌دهد و از من دعوت شده در این خدمات شرکت کنم.

مطابق با قانون حقوق مدنی فدرال و مقررات و خط مشی های حقوق مدنی وزارت کشاورزی ایالات متحده (USDA)، وزارت کشاورزی ایالات متحده، سازمان ها، دفاتر، و کارکنان و موسساتی که برنامه های وزارت کشاورزی را مدیریت می کنند یا در این برنامه ها سهیم هستند از اعمال تبعیض بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، جنسیت، معلولیت، سن، یا انتقام یا اقدام تلافی جویانه بخاطر داشتن فعالیت حقوق مدنی در گذشته در هرگونه برنامه یا فعالیتی را منع می کند که توسط وزارت کشاورزی به انجام رسیده یا بودجه آن تامین شده است.

افراد ناتوان که برای اطلاعات مربوط به برنامه به ابزار ارتباطی دیگری (به عنوان مثال، خط بریل، چاپ درشت، نوار صوتی، زبان اشاره آمریکایی، و غیره) نیازمندند، باید با سازمان (ایالتی یا محلی) که در انجا جهت دریافت مزایا تقاضا دادند تماس برقرار نمایند. افراد ناشنوا، کم شنوا یا ناتوان در تکلم می توانند از طریق خدمات Federal Relay به شماره 877-8339 (800) با USDA تماس حاصل فرمایند. علاوه بر این، امکان ارائه اطلاعات مربوط به برنامه در قالب زبان های دیگر به غیر از زبان انگلیسی نیز وجود دارد.

اگر مایل به طرح شکایت برنامه در خصوص تبعیض هستید، فرم شکایت تبعیض برنامه USDA، (AD-3027) را تکمیل نمایید که این فرم به‌صورت آنلاین در وبسایت http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html و یا در هر یک از دفاتر USDA در دسترس می‌باشد، یا نامه ای خطاب به وزارت کشاورزی بنویسید و تمام اطلاعات درخواست شده در فرم را در نامه ارائه دهید. جهت درخواست برای دریافت نسخه ای از فرم شکایت، با شماره 632-9992 (866) تماس حاصل فرمایید.

فرم شکایت تکمیل شده یا نامه خود را از طرق ذیل برای وزارت کشاورزی ارسال نمایید:

(۱) پُست به نشانی: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410؛
(۲) فکس: 690-7442 (202)؛ یا
(۳) ارسال ایمیل به نشانی: program.intake@usda.gov

مسئول ارشد بهداشت ایالت می‌تواند مجوز استفاده یا افشای اطلاعات مربوط به شرکت کردن من در برنامهٔ WIC را برای مواردی غیر از امور WIC صادر کند. سازمان بهداشت و خدمات سالمندان (DHSS) از این اطلاعات تنها در اجرای برنامه‌هایی استفاده می‌کند که خدمات آن به افراد واجد شرایط برنامهٔ WIC ارائه می‌شود.

تنها DHSS می‌تواند از این اطلاعات برای تأیید صلاحیت متقاضیان و شرکت‌کنندگان WIC برای برنامه‌هایی که DHSS مجری آنهاست استفاده کند؛ همچنین برای هدایت گسترهٔ این برنامه‌ها؛ برای بهبود سطح بهداشت، آموزش، یا سلامت متقاضیان و شرکت‌کنندگانی که در این برنامه‌ها ثبت نام نموده‌اند؛ برای کارآمد نمودن رویه‌های اجرایی جهت کاهش بار کاری بر روی شرکت‌کنندگان و کارکنان؛ و برای سنجش و ارزیابی سیستم بهداشت ایالت از نظر پاسخگویی به نیازهای بهداشتی شرکت‌کنندگان و نتایج درمانی بهره بگیرد.

امضای من در ذیل نشان می‌دهد که حقوق و مسئولیت‌هایی که در برنامهٔ WIC دارم برای من شرح داده شده است. من گواهی می‌دهم که اطلاعات و مدارکی که از خانوادهٔ خود ارائه داده‌ام، بر اساس اطلاع من صحیح بوده است. در صورتی که همه مدارک در زمان صدور گواهی در دسترس نباشد، من شخصا اذعان می دارم که آن دسته از مدارک مربوط به درآمد، هویت و سکونت که در دسترس نیستند مطابق با مقتضیات واجد شرایط بودن هستند. من موافقت خود را اعلام می دارم که تا 30 روز آن مدارک را ارائه بدهم تا بتوانم همچنان تحت پوشش طرح باقی مانده و مزایا را دریافت کنم. این گواهی در ارتباط با دریافت کمک فدرال تکمیل می‌شود. مسئولین این برنامه می‌توانند به بررسی صحت این اطلاعات بپردازند.

من متوجه هستم که بیان عمدی اطلاعات غلط یا گمراه کننده یا ارائهٔ ناصحیح، پنهان کردن یا خودداری از بیان حقایق به طور عمدی، سبب الزام به بازپرداخت نقدی ارزش مزایایی غذایی می‌شود که ناشایسته به من تعلق گرفته است و ممکن است طبق قوانین ایالتی یا فدرال تحت پیگرد حقوقی یا جزایی قرار بگیرم.

امضای شرکت‌کننده/ارائه دهندهٔ خدمات درمانی: (زمانی که شرکت‌کننده از پد الکترونیکی امضا برای ثبت امضای خود در MOWINS استفاده می‌کند، نیازی به امضای این برگه نیست)	تاریخ: