



मैं समझता/ती हूँ कि मुझे अधिकार है:

- ✓ पोषण शिक्षा, स्वास्थ्य और स्तनपान सेवाओं में भाग लेने के लिए समर्थन और प्रोत्साहन प्राप्त करने का।
- ✓ जाति, रंग, राष्ट्रीय मूल, आयु, विकलांगता या लिंग की परवाह किए बिना WIC कार्यक्रम की पात्रता और भागीदारी के मानकों का।
- ✓ कार्यक्रम की पात्रता या WIC लाभों के बारे में WIC एजेंसी द्वारा लिए गए किसी भी निर्णय पर अपील करने का। मेरी WIC स्थानीय एजेंसी या मिज़ूरी WIC कार्यक्रम, P.O. Box 570, Jefferson City, MO 65102, (800) 392-8209 पर सम्पर्क करके 60 दिनों के भीतर निष्पक्ष सुनवाई का अनुरोध करने का।

मैं समझता/ती हूँ कि मेरी ज़िम्मेदारी है:

- ✓ सुनिश्चित करना कि मेरे प्रतिनिधि और मैं किसी अधिकृत WIC विक्रेता से WIC अनुमोदित भोजन को खरीदने के लिए मेरे WIC लाभों का सही प्रकार से उपयोग करते हैं, जैसा कि मेरे प्रमाणीकरण के दौरान मुझे समझाया गया था।
- ✓ अपनी WIC एजेंसी को बताना यदि मैं जगह बदलने के बारे में सोच रहा/ही हूँ ताकि WIC में निरंतर भागीदारी को सुनिश्चित करने के लिए नए स्थान पर ले जाने के लिए प्रमाणन का सत्यापन (VOC) प्रदान किया जा सके।
- ✓ एक समय में केवल एक (1) WIC एजेंसी से WIC लाभ प्राप्त करना क्योंकि दोहरी भागीदारी करना गैरकानूनी है।
- ✓ WIC लाभों को प्राप्त करना जब वे लाभ उपलब्ध हों।
- ✓ WIC और किराने की दुकान के कर्मचारियों के साथ सम्मान और शिष्टाचार के साथ व्यवहार करना।

MOWINS प्रणाली में मेरे इलेक्ट्रॉनिक हस्ताक्षर प्रदान करके, मैं निम्नलिखित की पुष्टि करता/ती हूँ:

- ✓ WIC कार्यक्रम के तहत मेरे अधिकारों और ज़िम्मेदारियों के बारे में मुझे बता दिया गया है। मैं पुष्टि करता/ती हूँ कि मेरे परिवार के बारे में दी गई जानकारी और दस्तावेज़ सही हैं।
- ✓ मैं समझता/ती हूँ कि मिज़ूरी मुख्य राज्य स्वास्थ्य अधिकारी गैर-WIC उद्देश्यों के लिए WIC कार्यक्रम में मेरी भागीदारी को साझा करने के लिए एक लिखित समझौते में प्रवेश कर सकते हैं। इसका उपयोग केवल WIC और अन्य संगठनों द्वारा उन कार्यक्रमों के प्रशासन में किया जाएगा जो WIC के लिए योग्य व्यक्तियों की सेवा करते हैं। इस जानकारी का उपयोग किया जा सकता है:
 - उन कार्यक्रमों के लिए मेरी पात्रता का निर्धारण करना जो संगठन प्रशासित करता है;
 - आउटरीच का आयोजन करने के लिए;
 - DHSS कार्यक्रमों के बारे में मुझे जानकारी प्रदान करना और आवेदन प्रक्रिया को आसान बनाने के लिए;
 - यदि मैं पहले से उनके कार्यक्रमों में नामांकित हूँ, मेरे स्वास्थ्य, शिक्षा, या कल्याण को बेहतर बनाने के लिए; और
 - स्वास्थ्य देखभाल की ज़रूरतों और परिणामों के प्रति जवाबदेही को मापने के लिए।
- ✓ मैं समझता/ती हूँ कि मेरे WIC लाभ, भोजन, स्तन पंप, या फॉर्मूला बेचना, व्यापार करना या किसी को दे देना एक सहभागिता संबंधी उल्लंघन है और इसके परिणामस्वरूप WIC कार्यक्रम से दावे को इकट्ठा किया जाना और पुनर्भुगतान या अयोग्यता हो सकता है।
- ✓ यदि प्रमाणीकरण के समय सभी दस्तावेज़ उपलब्ध नहीं हैं, तो मैं स्वयं घोषित करता/ती हूँ कि लापता आय, पहचान या निवासिता पात्रता आवश्यकताओं को पूरा करती है। मैं नामांकित रहने और WIC लाभ प्राप्त करने के लिए 30 दिनों के भीतर इसे प्रस्तुत करने के लिए सहमत हूँ। यह प्रमाणीकरण जानकारी संधीय सहायता प्राप्त करने के लिए आवश्यक है। कार्यक्रम के अधिकारी इस जानकारी को सत्यापित कर सकते हैं।
- ✓ मैं समझता/ती हूँ कि जानबूझकर गलत या भ्रामक बयान देना या जानबूझकर गलतबयानी करना, छिपाना, या तथ्यों को रोककर रखने का परिणाम मुझे अनुचित रूप से जारी किए गए खाद्य लाभों का मूल्य का WIC राज्य एजेंसी को भुगतान करना हो सकता है और मुझे राज्य और संधीय कानून के तहत नागरिक या आपराधिक अभियोजन के अधीन ला सकता है।

संधीय नागरिक अधिकार कानून और अमेरिकी कृषि विभाग (USDA) के नागरिक अधिकारों के नियमों और नीतियों के अनुसार, USDA, इसकी एजेंसियों, कार्यालयों, कर्मचारियों, और USDA कार्यक्रमों में भाग लेने या प्रशासन करने वाले संस्थान को नस्ल, रंग, राष्ट्रीय उत्पत्ति, लिंग, विकलांगता, आयु, या USDA द्वारा आयोजित या वित्तपोषित किसी भी कार्यक्रम या गतिविधि में पूर्व नागरिक अधिकारों की गतिविधि के लिए बदला या प्रतिशोध के आधार पर भेदभाव करने से प्रतिबंधित किया जाता है।

वे विकलांग व्यक्ति जिन्हें कार्यक्रम की जानकारी के लिए संचार के वैकल्पिक साधनों की आवश्यकता है (जैसे, ब्रेल, बड़े प्रिंट, ऑडियोटेप, अमेरिकन साइन लैंग्वेज आदि), उन्हें उस एजेंसी (राज्य या स्थानीय) से संपर्क करना चाहिए जहां उन्होंने लाभों के लिए आवेदन किया था। ऐसे व्यक्ति जो बहरे हैं, सुनने में कठिन हैं, या बोलने में अक्षम हैं, वे फेडरल रिसे सर्विस (800) 877-8339 के माध्यम से USDA से संपर्क कर सकते हैं। इसके अतिरिक्त, कार्यक्रम की जानकारी अंग्रेजी के अलावा अन्य भाषाओं में उपलब्ध कराई जा सकती है।

भेदभाव की एक कार्यक्रम शिकायत दर्ज करने के लिए, USDA कार्यक्रम भेदभाव शिकायत फॉर्म, (AD-3027) को इस पर ऑनलाइन देखें: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, और किसी भी USDA कार्यालय में प्राप्त करें, या USDA को संबोधित करता एक पत्र लिखें और पत्र में अनुरोध की गई सारी जानकारी प्रदान करें। शिकायत फॉर्म की एक कॉपी मंगवाने के लिए, (866) 632-9992 पर कॉल करें।

अपना पूरा किया हुआ फॉर्म या पत्र USDA को निम्न पर भेजें:

1. मेल करें: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410;
2. फ़ैक्स: (202) 690-7442;
3. ईमेल: program.intake@usda.gov

सहभागी/देखभाल करने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर*

तारीख

* इस फॉर्म पर तब हस्ताक्षर किये जाने की ज़रूरत नहीं है जबकि हस्ताक्षर MOWINS में इलेक्ट्रॉनिक रूप से प्राप्त किये गये हैं।