

اجازه فردی برای نشرکردن معلومات WIC
(Individual Authorization to Release WIC Information)

اسم اشتراک کننده _____ تاریخ تولد _____

اسم سرپرست (اگر مرتبط است) _____

1. من اجازه میدهم معلومات اشتراک محرمانه خود یا طفلم را که در طول شراکت من یا طفلم در برنامه WIC به دست آمده است نشر کنم. میفهمم که بدون امضا و رضایت خاص من، این معلومات نمیتواند منتشر شود، مگر در مواردی که قانون اجازه دهد.
2. بعضی از معلومات به طور خاص محافظت میشوند. معلومات مربوط به بیماری‌های مقاربتی، تشخیص و درمان مواد مخدر و الکل، و تشخیص و درمان سلامت روان نشر نمی‌شود مگر اینکه در کادر معلومات حفاظت‌شده خاص در زیر امضا کنم.
3. من میفهمم که میتوانم هر زمان که بخواهم با امضا و تاریخ‌گذاری یک بیانیه کتبی مبنی بر لغو اجازه خود، این اجازه را پس بگیرم.
4. میفهمم که اگر تصمیم بگیرم این فرم را امضا نکنم، بر واجد شرایط بودن من یا طفلم برای یا اشتراک در WIC تأثیری نخواهد داشت.
5. میفهمم که این اجازه برای افشا در تاریخ منقضی می‌شود _____.

اسم شخصی که معلومات را دریافت می‌کند	اسم شخصی که معلومات را دریافت می‌کند
آدرس	آدرس
تلفون:	تلفون:
فکس:	فکس:

امضا: _____ تاریخ: _____

من اجازه نشر معلومات ویژه محافظت شده را می‌دهم همانطور که با حروف اول نام و تخلص من در زیر نشان داده شده است. معلومات مربوط به بیماری‌های مقاربتی معلومات تشخیص و درمان مواد مخدر و الکل معلومات تشخیص و درمان اختلالات روانپزشکی/سلامت روان	
امضا _____	تاریخ _____

(اگر مرتبط است) این فرم به صورت شفاهی توسط: _____
ترجمه شده است

امضا _____ تاریخ: _____

For Clinic Use
The information described above was released on _____ (date)
Signature _____

Staff initial all that apply: _____ Interpreter _____ Read to client _____ Written translation _____ Other _____

WIC تبعیض قائل نمی شود.

در مطابقت با قانون حقوق مدنی فدرال و مقررات و سیاست های حقوق مدنی وزارت زراعت ایالت متحده امریکا (USDA) این نهاد از تبعیض بر اساس نژاد، رنگ، منشأ ملی، جنسیت (به شمول هویت جنسی و گرایش جنسی)، معلولیت، سن، یا انتقام جویی یا عمل تلافی جویانه به دلیل فعالیت حقوق مدنی قبلی ممنوع میباشد.

معلومات در مورد این برنامه میتواند به زبان های غیر از انگلیسی قابل دسترس قرار گیرد. افرادی که دارای معلولیت اند و نیاز به ابزارهای جایگزین جهت بدست آوردن معلومات دارند (مانند خط بریل، چاپ متن به اندازه گ، نوار صوتی، زبان اشاره ای امریکایی) باید با اداره مسؤل ایالتی یا محلی که برنامه را تطبیق میکند یا مرکز USDA TARGET به شماره (برای صوت و دستگاه مخابراتی برای ناشنویان) تماس بگیرند یا با USDA (وزارت زراعت ایالت 720-2600 (202) متحده امریکا) از طریق خدمات باز پخش فدرال به شماره 800 (877-8339) تماس بگیرند.

برای ثبت شکایت تبعیض در مورد این برنامه شکایت کننده باید فرم AD-3027 را که فرم شکایت تبعیض USDA (وزارت زراعت ایالات متحده امریکا) میباشد را از ادرس اینترنتی زیر بدست آورده تکمیل نماید. <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-dari.pdf>

این فرم را از هر دفتر USDA (وزارت زراعت ایالات متحده امریکا) یا تماس به شماره 866 (632-9992) یا نوشتن یک مکتوب به آدرس USDA (وزارت زراعت ایالت متحده امریکا) میتوان بدست آورد. مکتوب باید حاوی اسم، آدرس، شماره تلفون شکایت کننده، و شرح کتبی از اقدام تبعیض آمیز با جزئیات کافی باشد تا به دستیار حقوق مدنی (ASCR) در مورد ماهیت و تاریخ نقض ادعای حقوق مدنی اطلاع دهد. فرم تکمیل شده AD-3027 باید به USDA (وزارت زراعت ایالات متحده امریکا) از طریق آدرس های زیر تحول داده شود:

۱) (آدرس پستی):

U.S. Department of Agriculture Office of the
Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW Washington,
D.C. 20250-9410; یا

۲) شماره فکس:

یا: 256-1665 (833) 690-7442 (202)

۳) ایمیل یا آدرس اینترنتی:

program.intake@usda.gov

این یک نهاد فراهم کننده فرصتهای مساوی میباشد.
WIC تبعیض قائل نمی شود.

برای درخواست این سند به فارمت دیگر ی، لطفاً به این شماره 1-800-841-1410 زنگ بزنید. مشتریان کر یا افرادی که در بخش شینوای مشکل دارند، لطفاً به wic@doh.wa.gov زنگ بزنند یا به این آدرس (Washington Relay) شماره 711 ایمیل ارسال کنند.



DOH 962-979 November 2023 Dari

