Індивідуальний дозвіл на розкриття інформації в межах програми WIC

(Individual Authorization to Release WIC Information)

Ім’я учасника _____ Дата народження _____

Ім’я опікуна (у разі потреби) _____

1. Я даю згоду на розкриття своєї конфіденційної інформації учасника або конфіденційної інформації своєї дитини, отриманої під час моєї участі або участі моєї дитини в програмі WIC. Я розумію, що ця інформація не може розкриватися без мого підпису та спеціального дозволу, за винятком випадків, передбачених законом.
2. Деяка інформація особливо захищена. Інформація про захворювання, які передаються статевим шляхом, наркотичну й алкогольну залежність і їхнє лікування, а також про психічне захворювання і його лікування не може розкриватися без мого підпису в полі «Особливо захищена інформація» нижче.
3. Я розумію, що можу будь-коли відкликати свій дозвіл, поставивши підпис і дату в письмовій заяві про скасування свого дозволу.
4. Я розумію, що відмова підписувати цей бланк не вплине на моє право чи право моєї дитини на участь у програмі WIC.
5. Я розумію, що строк дії цього дозволу на розкриття інформації закінчується _____.

Ім’я особи, яка отримує інформацію	Ім’я особи, яка отримує інформацію
Адреса	Адреса
Телефон	Телефон
Факс	Факс

Підпис: _____ Дата: _____

Указуючи свої ініціали нижче, я даю дозвіл на розкриття особливо захищеної інформації.

_____Інформація про захворювання, які передаються статевим шляхом

_____Інформація про наркотичну й алкогольну залежність і їхнє лікування

_____Інформація про психічні розлади/психічне захворювання і їхнє лікування

_____ _____

Підпис Дата

(У разі потреби.) Усний переклад цього бланка виконано: _____

Підпис: _____ Дата: _____

For Clinic Use

The information described above was released on _____ (date)

Signature _____

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

Програма WIC штату Вашингтон забороняє дискримінацію.

Відповідно до федерального законодавства про громадянські права, правил і політики Міністерства сільського господарства США (U.S. Department of Agriculture, USDA) в області громадянських прав, цій установі заборонено здійснювати дискримінацію за расою, кольором шкіри, національним походженням, статтю (зокрема гендерною ідентичністю й сексуальною орієнтацією), інвалідністю чи віком, а також застосовувати будь-які каральні заходи у зв'язку з попередньою діяльністю в області громадянських прав.

Інформація про програму доступна не лише англійською мовою. Особи з обмеженими можливостями, які потребують альтернативних форм подання інформації про програму (наприклад, шрифтом Брайля, великим шрифтом, у вигляді аудіозапису чи американською мовою жестів), повинні звернутися до вповноваженого агентства штату або місцевого агентства, що керує програмою, чи до центру технологій і ресурсів TARGET Center при USDA за номером (202) 720-2600 (голосовий виклик чи телетайп) або зв'язатися з USDA через Федеральну службу комутованих повідомлень (Federal Relay Service) за номером (800) 877-8339.

Щоб подати скаргу на дискримінацію у зв'язку з програмою, необхідно заповнити форму AD-3027 (Форма подання скарги на дискримінацію у зв'язку з програмою USDA), яку можна знайти тут: https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-ukrainian.pdf, звернутися до будь-якого офісу USDA, зателефонувати на номер (866)-632-9992 або надіслати листа до USDA. Такий лист має містити ім'я та прізвище заявника, його адресу й номер телефону, а також докладний опис імовірної дискримінаційної дії, щоб належним чином поінформувати помічника міністра з питань громадянських прав (Assistant Secretary for Civil Rights, ASS) про характер і дату ймовірного порушення громадянських прав. Заповнену форму AD-3027 або лист необхідно надіслати до USDA будь-яким із наведених нижче способів:

1)поштою:
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; або
2)факсом:
(833)256-1665 чи (202) 690-7442; або
3)електронною поштою:
program.intake@usda.gov

Ця установа надає рівні можливості всім особам.
Програма WIC штату Вашингтон забороняє дискримінацію.

Щоб отримати цей документ в іншому форматі, зателефонуйте за номером 1-800-841-1410. Клієнтів із глухотою або з ослабленим слухом просимо телефонувати за номером 711 (Washington Relay) або писати на адресу електронної пошти WIC@doh.wa.gov.

DOH 962-979 November 2023 Ukrainian