الحقوق والواجبات

حقوقي

- **أغذية برنامج المرأة والرضيع والطفل (WIC):** إذا كنت مؤهلاً لبرنامج (WIC)، فسوف أحصل على شيكات لشراء أغذية صحية. لا يقدم برنامج (WIC) كل الأغذية أواللبن الصناعي اللازم لشهر كامل.
- **معلومات غذائية:** سوف أحصل على معلومات عن الطعام الصحي والحياة النشطة.
- **دعم الرضاعة الطبيعية:** سيقدم لي برنامج (WIC) المساعدة والدعم حول الرضاعة الطبيعية.
- **معلومات عن الرعاية الصحية:** سوف أحصل على معلومات عن التطعيمات والعثور على طبيب وخدمات أخرى قد أحتاج إليها.
- **المعاملة العادلة:** تنطبق نفس قواعد المشاركة في برنامج (WIC) على الجميع. يمكنني طلب عقد جلسة استماع عادلة إذا تم إشعاري بعدم تأهلي لبرنامج (WIC) ولم أوافق على هذا القرار.
- **حسن المعاملة:** سوف يعاملني موظفو برنامج (WIC) وموظفو المحل التجاري بلطف واحترام. لن يقوم أحد بسبي أو بالصياح أو بالتطاول عليّ أو بتهديدي أو بإيذائي جسدياً. وبإمكاني أن أخبر موظفي برنامج (WIC) إذا لم تتم معاملتي باحترام.
- **معلومات حول الانتقال:** بإمكاني نقل برنامج (WIC) الخاص بي إلى عيادة أخرى. بإمكاني طلب بطاقة نقل البرنامج.

أسئلة؟ هل تحتاج إلى المزيد من المعلومات؟

اتصل ببرنامج (WIC) الغذائي بالرقم 1410-841-800-1

- إن كان لديك أسئلة أو احتجت إلى المساعدة.
- للتبليغ عن حالات تزييف محتملة لبرنامج (WIC).

قم بزيارة موقعنا على الانترنت

www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/WIC.aspx

تُمنع هذه المؤسسة بموجب القانون الفيدرالي وسياسة وزارة الفلاحة في الولايات المتحدة، من التمييز بناء على العرق أو اللون أو البلد الأصلي أو الجنس أو العمر أو الإعاقة.

لتقديم شكوى ضد حالة تمييز، عليك بتقديمها خطياً إلى العنوان التالي:
USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410
أو اتصل بالرقم المجاني 9992-632 (866) (صوتي). يُمكن للأفراد ضعاف السمع أو من يعانون من إعاقة في الكلام الاتصال بوزارة الفلاحة في الولايات المتحدة (USDA) من خلال خدمة المُرحل الفيدرالي بالرقم 8339-877 (800) أو 6136-845 (800) (الاسبانية). تطبق وزارة الفلاحة بالولايات المتحدة (USDA) مبدأ المساواة في التوظيف وتقديم الفرص.

لا ينتهج برنامج التغذية (WIC) بولاية واشنطن التمييز.

تتوفر هذه الوثيقة تحت الطلب في صيغ أخرى للأشخاص المعاقين.

لتقديم طلب اتصل بالرقم 1410-841-800-1 (8863-833-800-1 الهاتف النصي لمن يشكو من صعوبة في السمع).

لا تؤثر المشاركة في برنامج WIC على وضعك إزاء الهجرة.

PUBLIC HEALTH
ALWAYS WORKING FOR A SAFER AND HEALTHIER WASHINGTON

Washington State Department of Health

DOH 962-010 January 2013 ARABIC

الحقوق والواجبات

Washington State WIC Nutrition Program

واجباتي

أوافق على إعطاء معلومات صادقة وكاملة حول:

- هويتي وحالة الحمل والعنوان.
- دخل أسرتي.
- عدد أفراد الأسرة الذين يعشيون في البيت.
- إذا كنت مشاركا في برنامج ميديكيد (Medicaid) أو برنامج االتغذية الأساسية (Basic Food) أو برنامج المساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة (TANF) أو برنامج توزيع الطعام في المحميات الهندية (FDPIR) أو برنامج السلع الغذائية التكميلية (CSFP).

أوافق على احترام القواعد أدناه. سوف:

- أحصل على شيكات من عيادة واحدة تابعة لبرنامج (WIC) شهرياً.
- لن أقوم بتغيير شيكات (WIC) الخاصة بي.
- أقوم بإبلاغ موظفي برنامج (WIC) بأي شيكات سرقت أو تعرضت للتلف.
- أتأكد أن أي شخص أعينه لإستعمال الشيكات الخاصة بي يعرف قواعد برنامج (WIC). سوف أعلّمه أو أعلّمها كيفية استعمال الشيكات الخاصة بي بالطريقة الصحيحة.
- ألتزم بمواعيد برنامج (WIC) الخاصة بي أو أتصل بالعيادة لتحديد موعد آخر.
- أستعمل الأغذية واللبن الصناعي الخاصة ببرنامج (WIC) فقط للشخص المشارك في برنامج (WIC).
- لن أقوم ببيع أو إعطاء الشيكات أو الأغذية أو اللبن الصناعي الخاصة ببرنامج (WIC) للغير. إذا كانت لديّ أي سلع من برنامج (WIC) لا استطيع استعمالها، فسوف أُرجعها إلى العيادة.
- لن أقوم بمبادلة أي شيكات أو أغذية أو لبن صناعي من برنامج (WIC) مقابل مال أو ائتمان أو شيكات للحصول على السلع في وقت لاحق أو مقابل أي سلع أخرى.
- لن أقوم بنشر إعلانات عن السلع من برنامج (WIC) على شبكة الانترنت.
- ألتزم بالقواعد الموجودة في دليل التسوق لبرنامج (WIC).
- أُوقع شيك (WIC) الخاص بي فقط بعد أن يطلع المدقق في المحل التجاري على بطاقة هويتي ويكتب مبلغ الشيك.
- لن أقوم بسب أي من موظفي برنامج (WIC) أو موظفي المحل التجاري أو الصياح أو التطاول عليهم أو تهديدهم أو إيذائهم جسدياً.

اتفاقية: يجب أن أوافق على البنود التالية حتى يحق لي المشاركة في برنامج (WIC).

- كل المعلومات التي قدمتها لبرنامج (WIC) صحيحة. سوف أُشعر موظفي برنامج (WIC) فوراً بأي تغييرات.
- يمكن لبرنامج (WIC) التحقق من عدد أفراد أسرتي وكل مصادر الدخل الخاصة بأسرتي.
- يُمكن فصلي أنا أو طفلي من برنامج (WIC) في حالة انتهاك قواعد برنامج (WIC).
- قد يتعين عليّ إعادة قيمة شيكات هذه الأغذية إلى برنامج (WIC) في حال قيامي بالكذب أو إخفاء الحقائق للحصول على أغذية برنامج (WIC).
- (WIC) هو برنامج مساعدة فيدرالي. قد أتعرض إلى مقاضاه مدنية أو جنائية بموجب قانون الولاية أو القانون الفيدرالي في حال انتهاكي لقواعد برنامج (WIC).
- يُمكن لبرنامج (WIC) الإفصاح عن المعلومات الخاصة بي في حالة خضوعي للتحقيق نتيجة انتهاك قواعد برنامج (WIC).

ترخيص: لا يشترط الموافقة على هذا الترخيص للمشاركة في برنامج (WIC).
إذا كنت مشاركا في برنامج تابع لمصلحة الخدمات الإجتماعية والصحية (DSHS) وكنت موضع تحقيق بسبب انتهاكي لقواعد برنامج (WIC)، فإنني أُصرح لبرنامج (WIC) الإتصال بمصلحة الخدمات الإجتماعية والصحية (DSHS) والحصول على نسخ من استمارات المساعدات التي أحصل عليها.
يحق لي شطب الإقرار أعلاه والتوقيع في حال عدم موافقتي. ويمكنني مع ذلك أن أبقى ضمن برنامج (WIC).

يُفيد توقيعي على هذه الإستمارة أنني قرأت القواعد والاتفاقية والترخيص أعلاه وأُوافق عليها. لقد حصلت على نسخة من هذه الإستمارة.

توقيع العميل/مقدم خدمة الرعاية _____ التاريخ _____

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

تتمتع وكالة الصحة بولاية واشنطن بإمكانية الوصول إلى سجلاتي لدى برنامج (WIC).

اسم (أسماء) العميل- الأخير، الأول

اسم مقدم خدمة الرعاية/العميل- الأخير، الأول