

# 權利和責任



## 我的權利

- 婦幼食物補助計劃(WIC foods)：如果我符合婦幼營養補助計劃的條件，我將得到用於購買健康食物的支票。婦幼營養補助計劃並不提供一個月所需的全部食物或配方奶。
- 營養資訊：我將獲得有關健康飲食和積極生活方式的資訊。
- 母乳餵養的支持：婦幼營養補助計劃將幫助、支持我採用母乳餵養的方式。
- 保健資訊：我將獲得我可能需要的有關免疫、找醫生及其他服務的資訊。
- 公平對待：獲得婦幼營養補助計劃之補助的規則，對所有人一視同仁。如果有人說我不能獲得婦幼營養補助計劃之補助，而我不同意此說法，我可以請求公平聽證。
- 基本禮貌：婦幼營養補助計劃和商店的工作人員將給予我禮遇和尊重。他們將不會對我進行詛咒、吼叫、騷擾、威脅或人身傷害。如果有任何工作人員對我不尊重，我可以向婦幼營養補助計劃的工作人員報告。
- 轉換資訊：我可以把我的婦幼營養補助計劃轉到其他診所，並可以要求一張轉換卡。

### 有問題嗎？需要更多的資訊？

請致電婦幼營養補助計劃營養計劃，電話號碼：  
1-800-841-1410

- 如果您有疑問或需要幫助。
- 向婦幼營養補助計劃報告可疑的欺詐。

瀏覽我們的婦幼營養補助計劃網站，網址是  
[www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/WIC.aspx](http://www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/WIC.aspx)



依據聯邦法律和美國農業部政策，本機構禁止任何基於種族、膚色、民族、性別、年齡或殘疾的歧視。

如果需要提交受到歧視的申訴，請使用以下郵寄地址：USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 或撥打免費電話：(866) 632-9992 (錄音電話)。有聽力障礙或話語障礙的人士，可以透過聯邦中繼服務聯絡美國農業部，電話號碼：(800) 877-8339 或 (800) 845-6136 (西班牙語)。美國農業部是一個均等機會的提供者和僱主。

華盛頓州婦幼營養補助計劃營養計劃並無歧視。

殘障人士可以索取本出版物其他格式的版本。

如需索取，請致電1-800-841-1410 (聾啞人士電傳專線：1-800-833-6388)。

獲取婦幼營養補助計劃之補助並不影響您的移民身份。

# 權利和責任



客戶姓名-姓, 名

## 我的責任

我同意提供真實的、完整的下列有關資訊：

- 我的身份、懷孕狀況和住址。
- 我的家庭收入。
- 我家的居住人口數目。
- 正在享有醫療補助計劃、基本食物補助、TANF（臨時家庭困難補助）、FDPIR（印第安人居留地食物分發計劃）或CSFP（物品補充的食物計劃）。

我同意遵循下列規則。我將：

- 每月僅從婦幼營養補助計劃劃定的一家診所領取支票。
- 不塗改我的婦幼營養補助計劃支票。
- 向婦幼營養補助計畫(WIC)的工作人員報告被盜或損毀的支票。
- 我將確保我指名使用我的支票的任何人均了解婦幼營養補助計劃的規則。我將教他/她如何正確使用我的支票。
- 按時前往我與婦幼營養補助計劃的約會或打電話給診所重新預約。
- 僅讓享受婦幼營養補助計劃的人使用該計劃的食物和配方奶。
- 不售賣或贈送我的婦幼營養補助計劃的支票、食物或配方奶。如果有我不能使用的婦幼營養補助計劃的物品，我將把它們還給診所。
- 不拿我的婦幼營養補助計劃支票、食物或配方奶交換錢、賒購、保留票或其他物品。
- 不在互聯網上發佈婦幼營養補助計劃的物品。
- 遵循婦幼營養補助計劃中的購物指南。
- 僅在商店檢驗員查看我的身份證並在支票上寫下金額之後，才在我的婦幼營養補助計劃支票上簽字。
- 不對婦幼營養補助計劃或商店的工作人員進行詛咒、吼叫、騷擾、威脅或人身傷害。

同意：我必須同意這些條款才能享受婦幼營養補助計劃之補助。

- 我向婦幼營養補助計劃提供的所有資訊都是真實的。如果我的情況有任何改變，我將立即向婦幼營養補助計劃的工作人員報告。
- 婦幼營養補助計劃可以核實我的家庭人口數目和所有收入來源。
- 如果我違犯了婦幼營養補助計劃的規則，我或者我的孩子可能會被從婦幼營養補助計劃中除名。
- 如果以說謊或隱瞞事實的手段獲得婦幼營養補助計劃的食物，我可能必須以這些食物的現金價值償還婦幼營養補助計劃。
- 婦幼營養補助計劃是一項聯邦政府資助的項目。如果我違犯婦幼營養補助計劃的規則，根據州和聯邦政府法律，我可能會受到民事或刑事起訴。
- 如果我違犯了婦幼營養補助計劃的規則，婦幼營養補助計劃在對我調查時可以使用我的資訊。

許可：我不必同意此許可才能獲得婦幼營養補助計劃之補助。

如果我在享受社會福利服務部（DSHS）項目的補助，並且由於我違犯了婦幼營養補助計劃的規則而被調查時，婦幼營養補助計劃自動經我授權可以聯絡社會福利服務部獲取我的福利表格的副本。

如果我不同意，我可以劃掉上述聲明並簽署我姓名的首個字母。我仍然可以被保留在婦幼營養補助計劃中。

通過簽署本表格，我已閱讀、理解並同意上述規則、協議和權限。我已經收到本表格的副本。

客戶/護理員簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

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

華盛頓州衛生部有查看我的婦幼營養補助計劃紀錄的渠道。

護理員/客戶姓名-姓, 名