請對各部分盡可能填寫詳細資訊。若郵寄或傳真本表格，請使用黑色或藍色墨水筆進行填寫。

**第 1 部分 - 投訴人：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 投訴人姓名：  | 名字 姓氏 | 匿名 [ ]  |
| 電話號碼 (###) ###-####：  | (   )    -     |
|  電子郵件地址：  |      @       |
| 投訴人的角色：  | 請選擇一項。 |
| 如果您選擇「其他」，請對您的角色進行解釋說明： |       |

**第 2 部分 - 投訴：**

|  |  |
| --- | --- |
| 事件發生日期 (月/日/年)： |   /  /     |
| 事件發生時間： |       |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  無禮或破壞性行為 | [ ]  參與者不知道如何使用福利 |
| [ ]  使用粗言穢語或粗魯的手勢 | [ ]  種植戶收取的稅金問題 |
| [ ]  受到傷害或身體虐待的威脅 | [ ]  種植戶不接受 WIC CVB、FMNP福利、或SFMNP福利 |
| [ ]  市場缺貨 | [ ]  供應商是經紀人，不是種植戶 |
| [ ]  基於種族、膚色、國籍、性別（包括性別認同和性取向）、殘障、年齡的歧視問題 |
| [ ]  其他（請說明）：請點按或點選此處以輸入文字。 |

**請在下方對該事件進行詳細的描述說明。如有需要，請使用額外的頁面。**

請點按或點選此處以輸入文字。

**第 3 部分 – 個人、市場或診所投訴的對象：**

|  |  |
| --- | --- |
| 姓名  | 名字 姓氏 |
| 如果是 WIC 參與者，請提供參與者 ID： |       | WIC 參與者 ID 不詳 [ ]  |
| 市場或診所名稱：  |       |
| 地址：  | 地址行 1 地址行 2 |
| 市、州、郵遞區號： | 市、州、 郵遞區號 |
| 電話號碼 (###) ###-####：  | (   )    -     |

**第 4 部分 - 投訴記錄人：**

|  |  |
| --- | --- |
| 姓名：  | 名字 姓氏 |
| 日期 (mm/dd/yyyy)： |   /  /     |
| 時間： |       |
| 電話號碼 (###) ###-####：  | (   )    -     |

您可以將您的報告提交給華盛頓州 WIC 計劃。請撥打 1-800-841-1410，分機 2，選擇 2 以接通 Farmers Market Nutrition Program（FMNP，農貿市場營養計劃）的工作人員。

DOH 964-001 August 2024 Traditional Chinese

請將本表格以電子郵件、郵寄或傳真方式寄至：

WIC FMNP 協調員

Washington WIC Program（華盛頓州 WIC 計劃）

PO Box 47886

Olympia, WA 98504-7886

傳真：360-236-2345 / 電子郵件地址：FMNPteam@doh.wa.gov

本機構提供平等機會。

華盛頓州 WIC 不歧視任何人。

如需獲取本文件的其他格式，請致電 1-800-841-1410。

聽障或聽不清的客戶，請致電 711 (Washington Relay)

或寄電子郵件至 WIC@doh.wa.gov。