در هر بخش تا حد امکان معلومات بیشتری را تکمیل کنید. در صورت ارسال پستی یا فکس فورم، از خودکار با جوهر سیاه یا آبی استفاده کنید.

**بخش 1- شخص گزارش دهنده شکایت:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نام شخص گزارش دهنده شکایت:  | نام تخلص | ناشناس [ ]  |
| شماره تلیفون (###) ###-####:  | (   )    -     |
|  ایمیل:  |      @       |
| نقش شخص گزارش دهنده شکایت:  | Choose an item. |
| اگر «سائر» را انتخاب کردید، نقش خود را توضیح دهید: |       |

**بخش 2- شکایت:**

|  |  |
| --- | --- |
| تاریخ وقوع حادثه (ماه/روز/سال): |   /  /     |
| زمان وقوع حادثه: |       |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  رفتار بی ادبانه یا دردسرساز | [ ]  شرکت کننده نمی داند چگونه از مزایا استفاده کند |
| [ ]  از حرکات بی ادبانه یا ناخوش آیند استفاده کرد | [ ]  مالیات دریافتی از دهقان |
| [ ]  تهدید به آسیب یا آزار فزیکی | [ ]  دهقان مزایای WIC CVB، FMNP یا SFMNP را نپذیرفت |
| [ ]  محصول در مارکیت خلاص شده است | [ ]  عرضه کننده، یک واسطه خرید و فروش است؛ دهقان نمی باشد |
| [ ]  تبعیض بر اساس نژاد، رنگ، ملیت، جنسیت (شامل هویت جنسی و گرایش جنسی)، معلولیت، سن |
| [ ]  سائر موارد (لطفاً توضیح دهید): برای وارد کردن متن اینجا کلیک کنید یا ضربه بزنید. |

**در ذیل، این حادثه را به تفصیل شرح دهید. در صورت نیاز از ورقه های اضافی استفاده کنید.**

برای وارد کردن متن اینجا کلیک کنید یا ضربه بزنید.

**بخش 3- شکایت شخص، مارکیت یا کلینیک مربوط به موارد ذیل است:**

|  |  |
| --- | --- |
| نام  | نام تخلص |
| اگر شرکت کننده WIC است، شناسه شرکت کننده ذکر شود: |       | شناسه شرکت‌کننده WIC ناشناخته است [ ]  |
| نام مارکیت یا کلینیک:  |       |
| آدرس:  | خط اول آدرس خط دوم آدرس |
| شهر، ایالت، کود پستی: | شهر، ایالت، کود پستی |
| شماره تلیفون (###) ###-####:  | (   )    -     |

**بخش 4- شخص ثبت کننده شکایت:**

|  |  |
| --- | --- |
| نام:  | نام تخلص |
| تاریخ (ماه/روز/سال): |   /  /     |
| زمان: |       |
| شماره تلیفون (###) ###-####:  | (   )    -     |

می توانید گزارش خود را ذریعه تلیفون با برنامه WIC ایالت واشنگتن در میان بگذارید. 1-800-841-1410، داخلی 2 را شماره گیری کنید، برای ارتباط با کارمندان Farmers Market Nutrition Program (FMNP، پروگرام تغذیه مارکین دهاقین) عدد 2 را انتخاب کنید.

DOH 964-001 August 2024 Dari

فورم را ایمیل، پست یا فکس کنید:

هماهنگ کننده WIC FMNP

پروگرام واشنگتن WIC

PO Box 47886

Olympia, WA 98504-7886

فکس: 360-236-2345 / ایمیل: FMNPteam@doh.wa.gov

این مؤسسه فراهم کننده فرصت برابر می باشد.

WIC واشنگتن تبعیض قائل نمی شود.

برای درخواست این سند به فارمت دیگری، لطفا به این شماره 0127-525-800-1 زنگ بزنید.

مشتریان کر یا افرادی که در بخش شنوایی مشکل دارند، لطفا به شماره 711 (Washington Relay) زنگ بزنند

یا به این آدرس doh.information@doh.wa.gov ایمیل ارسال کنند.