

حقوق و مسئولیت‌ها

دریافت شده در تاریخ 06/01/20

از اینکه امروز شما را در برنامه تغذیه تکمیلی زنان، نوزادان و کودکان (WIC) می‌بینیم، بسیار هیجان‌زده هستیم و از اینکه بتوانیم به شما کمک کنیم، بسیار خوشحال و خرسندیم!

من حق دارم که:

- برای خرید و تهیه غذای سالم، مزایایی را دریافت نمایم. من می‌دانم که WIC، تمام نیازهای تغذیه‌ای من را برآورده نمی‌کند.
- در مورد تغذیه سالم و زندگی فعال اطلاعات کسب نمایم.
- در خصوص شیردهی کمک و پشتیبانی دریافت نمایم.
- اطلاعات مربوط به واکسیناسیون و سایر خدمات بهداشتی که ممکن است به من کمک کنند را دریافت نمایم.
- از سوی کارکنان WIC و کارمندان فروشگاه، برخورد منصفانه و محترمانه دریافت نمایم. چنانچه رفتار عادلانه‌ای را از سوی پرسنل دریافت نکرده باشم، می‌توانم با یک سرپرست WIC در این مورد صحبت کنم. چنانچه با تصمیمات اتخاذ شده در خصوص واجد شرایط بودن خود مخالف باشم، می‌توانم از مدیر و یا دفتر دولتی WIC تقاضا کنم تا یک کنفرانس یا جلسه استماع را برای رسیدگی به این موضوع برگزار نمایند.
- از حمایت حقوق مدنی برخوردار شوم. استانداردهای واجد شرایط بودن برای WIC، بدون در نظر گرفتن نژاد، رنگ پوست، اصلیت و ملیت، جنسیت، سن و یا معلولیت برای همه افراد یکسان است.
- از حریم خصوصی برخوردار شوم. خط مشی راز داری WIC، در پشت این فرم قرار داده شده است.

وظایف و مسئولیت‌های من:

- من موافقت می‌کنم تا در خصوص مواردی که در ادامه آمده است، اطلاعات صحیح و کاملی را ارائه نمایم:
- درآمد. من در مورد تمام منابع درآمد خانواده‌ام، اطلاعات درست را به کارمندان خواهم داد. هرگونه تغییر در درآمد را گزارش خواهم داد.
 - اطلاع رسانی در مورد استفاده کردن از خدمات برنامه بهداشتی و درمانی دولت آمریکا (Medicaid)، برنامه کمک تغذیه تکمیلی (SNAP) و یا برنامه اشتغال خانواده (TANF). چنانچه بهره‌گیری از خدمات و برنامه‌هایی که به موجب آن‌ها برای WIC واجد شرایط می‌شوم را متوقف نمایم، حتماً این نهاد را مطلع خواهم ساخت.
 - وضعیت شیردهی من. چنانچه شیردهی خود را کاهش داده و یا آن را متوقف نمایم، WIC را از وضعیت خود مطلع خواهم کرد.
 - وضعیت بارداری من.
 - آدرس محل سکونت من. چنانچه آدرس محل سکونت و یا اطلاعات تماس من تغییر کرد، حتماً WIC را از وضعیت خود مطلع خواهم کرد. چنانچه به منظور دسترسی بهتر به خدمات WIC، نیاز داشته‌ام که از ایالت خارج شوم و به ایالتی دیگر نقل مکان کنم، می‌توانم درخواست تأیید مجوز دهم.

من موافقت خود را با تبعیت و پیروی از قوانین اعلام می‌نمایم. و در این راستا من:

- با کارکنان کلینیک و کارمندان فروشگاه در کمال احترام رفتار خواهم کرد. من هرگز کسی را قسم نخواهم داد، بر سر کسی فریاد نخواهم کشید، کسی را تهدید نخواهم کرد و یا به کسی صدمه‌ای نخواهم زد.
- از مواد غذایی که WIC در اختیار من قرار خواهد داد، تنها برای اعضای خانواده خود که غذا به آن‌ها تعلق دارد استفاده خواهم کرد.
- غذاهای اضافی که بیشتر از مقدار مصرفی من است و نمی‌توانم از آن‌ها استفاده کنم را به کلینیک بازخواهم گرداند.
- هرگز مواد غذایی، شیر خشک نوزاد و یا کارت eWIC خود را که WIC در اختیار من قرار می‌دهد، نخواهم فروخت، به کسی نخواهم داد و یا اینکه آن‌ها را با کسی معامله نخواهم کرد. این مورد شامل ارسال آنلاین و یا باز گرداندن آن‌ها به فروشگاه می‌شود. هر گونه غذا و یا شیر خشکی را که برای فروش و یا بخشیدن به کسی پیشنهاد نمایم در صورتی که همان مواد غذایی باشد که از WIC دریافت کرده‌ام، به عنوان مواد غذایی WIC در نظر گرفته خواهد شد. در این صورت از من خواسته می‌شود که پول دریافت شده در ازای مواد غذایی و یا شیر خشک را به WIC برگردانم.
- تنها از یک WIC خدمات مربوط به مواد غذایی را دریافت کنم. من می‌دانم چنانچه به صورت هم‌زمان از دو مرکز WIC خدمات دریافت کنم، کاری غیر قانونی انجام داده‌ام.
- به قرارهای خود پایبند باشم و یا اینکه برای برنامه‌ریزی و ثبت مجدد قرار با کلینیک تماس بگیرم. من می‌دانم چنانچه دو ماه متوالی از مزایای خود استفاده نکنم، می‌توانم از برنامه کنار گذاشته شوم.
- هنگام مراجعه به کلینیک، کارت eWIC خود را همراه خود می‌آورم تا مزایایی که به من تعلق می‌گیرند، روی کارت بارگیری شوند.

- از کارت eWIC خود، مانند کارت پرداختی در مقابل سرقت، آسیب دیدن و یا از بین رفتن محافظت خواهم کرد.
- در صورتی که کارت eWIC من مفقود شده و یا به سرقت رفت، سریعاً به کارمندان اطلاع خواهم داد. می‌دانم که برای اینکه کارت جدیدی جایگزین کارت از دست رفته من شود، یک دوره سه روزه را باید منتظر بمانم. به هیچ عنوان از کارتی که پیش‌تر گزارش مفقودی آن را داده‌ام، استفاده نخواهم کرد.
- هیچ‌گاه کارت و یا شماره PIN آن را با کسی به اشتراک نخواهم گذاشت، مگر به افرادی که در کلینیک به آن‌ها اجازه داده‌ام.
- قوانین و دستورالعمل‌های موجود در کتابچه مواد غذایی مجاز WIC Utah را دنبال خواهم کرد.

توافق‌نامه:

من از حقوق و مسئولیت‌های خود مطلع شدم و آن‌ها را (توسط فرم چاپ شده که در مقابل من قرار دارد) مطالعه نمودم. می‌دانم که چنانچه از این قوانین تبعیت ننمایم، ممکن است مجبور باشم هزینه تمام مزایایی که خانواده‌ام از WIC دریافت نموده‌اند را بازپرداخت نمایم. همچنین متوجه شدم که ممکن است مزایایی را که در آینده قرار بود از WIC دریافت کنم از دست داده و از WIC خارج شوم.

این گواهی‌نامه با کمک فدرالی در حال تکمیل است. من گواهی می‌دهم که تمام اطلاعاتی که داده‌ام تا جایی که آگاهی دارم و می‌دانم، صحیح هستند. کارکنان برنامه ممکن است تمام اطلاعاتی را که به کلینیک داده‌ام، بررسی نمایند. من می‌دانم که هر گونه اطلاعات غیرواقعی را که ممکن است برای دریافت مزایای غذایی از WIC به آن‌ها داده باشم، از جمله اظهارات نادرست، گمراه کننده و یا ارائه نادرست اطلاعات، پنهان کاری و یا امتناع از بیان حقایق، ممکن است به بازپرداخت هزینه آژانس ایالتی برای مواد غذایی که بدون اینکه شایستگی آن‌ها را داشته باشم، به من داده شده است، منجر شود و یا اینکه ممکن است مطابق قانون ایالتی و فدرال تحت پیگرد قانونی مدنی و یا کیفری قرار بگیرم.

من می‌دانم که من، والدین، سرپرست و یا سایر سرپرستانی که در کلینیک شناسایی کرده‌ام، باید در قرارهای صدور گواهی‌نامه حضور داشته باشم. چنانچه من یک پراکسی (نماینده و خریدار مجاز) تعیین نمایم، آن‌ها می‌توانند از کلینیک موارد مورد نیاز WIC من را بردارند و آن را از طرف من دریافت نمایند. خریدار مجاز من، همچنین ممکن است در صورت نیاز فرزند و یا فرزندان من را برای بررسی قد و وزن آن‌ها و یا برای غربالگری خون آن‌ها از نظر میزان آهن به کلینیک بیاورد. من می‌دانم که مسئولیت کارهای نماینده من بر عهده من است. من وظیفه دارم که از نماینده خود بخواهم تا هر گونه اعلان و یا اطلاعاتی که کارکنان کلینیک با وی در میان می‌گذارند را به من منتقل نماید.

~ لطفاً در پد امضای الکترونیکی، امضای خود را ثبت نمایید ~

سیاست حریم خصوصی WIC:

WIC، به حقوق شما در مورد داشتن حریم خصوصی احترام می‌گذارد. به عنوان کسی که از خدمات WIC استفاده می‌کنید، شما ممکن است پیام‌های متنی یا آوری، تماس تلفنی، نامه، کارت پستال و یا نامه الکترونیکی دریافت نمایید. ممکن است تمایل نداشته باشید که این پیام‌ها را دریافت نمایید. برای اینکه پیام کوتاه برای شما فرستاده نشود، STOP را به شماره 22300 ارسال نمایید.

اطلاعات مربوط به عضویت و دریافت خدمات شما از برنامه WIC، ممکن است برای اهدافی به غیر از برنامه WIC، با سایر برنامه‌های بهداشتی و تغذیه‌ای که به افراد واجد شرایط دریافت خدمات WIC خدمات خود را ارائه می‌نمایند، به اشتراک گذاشته شود. مدیر اجرایی وزارت بهداشت Utah، اجازه داده است که اطلاعات محرمانه WIC برای برخی از برنامه‌ها در اختیار سایر نهادها قرار داده شود، تا مشخص شود که آیا شما برای استفاده از خدمات آن‌ها، برای ارتباط برقرار کردن، به اشتراک گذاشتن اطلاعات لازم بهداشتی با برنامه‌هایی که پیش از این در آن‌ها شرکت داشته‌اید و همچنین برای کمک به ارزیابی کلی سلامت خانواده‌های Utah از طریق گزارش‌ها و مطالعات واجد شرایط هستید یا خیر. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این برنامه‌ها می‌توانید سوالات خود را از کارمندان WIC بپرسید.

مطابق با قوانین حقوق مدنی فدرال و وزارت کشاورزی ایالات متحده (USDA) مقررات و سیاست‌های حقوق مدنی، وزارت کشاورزی ایالات متحده، آژانس‌های آن، دفاتر آن، کارمندان آن و موسسات شرکت کننده در برنامه‌های این نهاد و یا موسسات اداره کننده برنامه‌های USDA، از اعمال هر گونه تبعیض بر اساس نژاد، رنگ پوست، اصلیت و ملیت، جنسیت، ناتوانی، سن و یا از هر گونه اقدام تلافی جویانه و یا انتقام جویانه پیشین حقوق مدنی در هر برنامه و فعالیتی که توسط USDA انجام شده و یا توسط آن تامین مالی شده باشد، ممنوع شده‌اند.

افراد دارای معلولیت که برای اطلاع از برنامه به ابزارهای ارتباطی جایگزین (مانند بریل، چاپ در مقیاس بزرگ، نوار صوتی، زبان اشاره آمریکایی و غیره) نیاز دارند، باید با سازمانی (ایالتی یا محلی) که در آنجا درخواست دریافت مزایا داده‌اند، تماس بگیرند. افرادی که ناشنوا و یا کم شنوا هستند و همچنین افرادی که دارای اختلال گفتاری هستند، می‌توانند با USDA از طریق سرویس خدمات فدرال مخابراتی رله با شماره 877-8339 (800) تماس بگیرند. به علاوه، اطلاعات برنامه ممکن است به زبان‌هایی غیر از زبان انگلیسی در دسترس باشد.

چنانچه از برنامه شکایتی در مورد تبعیض قائل شدن دارید، فرم شکایات مربوط به تبعیض برنامه USDA را که به صورت آنلاین در درگاه http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html قرار داده شده است و یا در هر دفتر USDA در دسترس است، تکمیل نمایید (AD-3027) و یا اینکه نامه‌ای خطاب به USDA بنویسید و کلیه اطلاعات درخواستی خود را در نامه ارائه دهید. برای درخواست یک رونوشت از فرم شکایت با شماره تلفن 632-9992 (866). تماس حاصل فرمائید. فرم و یا نامه کامل شده خود را به USDA ارسال نمایید: (1) نامه: وزارت کشاورزی ایالات متحده آمریکا، دفتر دستیار وزیر حقوق مدنی، خیابان استقلال 1400، SW، واشنگتن دی سی، 20250-9410. (2) فکس: 690-7442 (202) و یا (3) ایمیل: program.intake@usda.gov

این موسسه فراهم کننده فرصت‌های برابر است.