

WIC အတည်ပြုချက်အတွက် လက်မှတ်ထိုးရန် စာမျက်နှာ

ရက်စွဲ -

HH နံပါတ် -

လျှောက်ထားသူ၊ သို့မဟုတ် အသက်မပြည့်သေးသည့်လျှောက်ထားသူများအတွက် ၎င်းတို့၏မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ/စောင့်ရှောက်သူမှ ဖတ်ပြီးဖြည့်ရန်။

လျှောက်ထားသူ၏ရပိုင်ခွင့်များ

၁။ WIC အစီအစဉ်တွင်အကျိုးဝင်မှုနှင့် ပါဝင်မှုအတွက် စံသတ်မှတ်ချက်များသည် အလူမျိုး၊ အသားရောင်၊ မူရင်းနိုင်ငံ၊ အသက်၊ မသန်စွမ်းမှု သို့မဟုတ် လိင်နှင့်မသက်ဆိုင်ဘဲ လူတိုင်းအတွက်တန်းတူဖြစ်ပါသည်။

၂။ ဤအစီအစဉ်အတွက်သင်၏အကျိုးဝင်မှုနှင့်ပတ်သက်၍ ဒေသန္တရအဖွဲ့အစည်းမှချမှတ်ခဲ့သောဆုံးဖြတ်ချက်များကို သင်အယူခံနိုင်ပါသည်။

၃။ ဒေသန္တရအဖွဲ့အစည်းမှသင့်ကို ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများ၊ အာဟာရပညာများနှင့် မိခင်နို့တိုက်ကျွေးရန်ပံ့ပိုးမှုများပေးပြီး ၎င်းဝန်ဆောင်မှုများကို သင်မှ ရယူရန် တိုက်တွန်းပါသည်။

ဝန်ဆောင်မှုရယူသူ၏တာဝန်များ

၁။ WIC မှပေးသည့်အရာများကို ဆိုင်တွင်ဝယ်သည့်အခါ WIC အကျိုးခံစားခွင့်များကို မှန်ကန်စွာ အသုံးပြုရန်။

၂။ WIC အကျိုးခံစားခွင့်များကို ငွေသားကဲ့သို့အသုံးပြုရန်။

၃။ ဆေးခန်းနှင့် ဆိုင်တို့မှဝန်ထမ်းများအား လေးစားစွာဆက်ဆံရန်။

၄။ မှန်ကန်သည့်အချက်အလက်များပေးရန်။

၅။ သင်၏ကိုယ်စားလှယ်များကို WIC အစီအစဉ်ရှိ ၎င်းတို့၏အခန်းကဏ္ဍကို သင်ကြားပေးရန်။

၆။ (ပြည်နယ်အတွင်း သို့မဟုတ် ပြည်နယ်ပြင်ပ) ဆေးခန်းတစ်ခုထက်ပို၍ WIC ရယူခြင်းမရှိရန်။

ဤအစီအစဉ်ရှိသင်၏ရပိုင်ခွင့်များနှင့် တာဝန်များ

ဤအစီအစဉ်ရှိကျွန်ုပ်တို့၏ရပိုင်ခွင့်များနှင့်တာဝန်များကို ကျွန်ုပ်တို့အသိပေးပြီးပါပြီ။ မိသားစုဝင်တစ်ဦးသည်ရွှေ့ပြောင်းလယ်ယာလုပ်သားတစ်ဦးဖြစ်သဖြင့်၊ သို့မဟုတ် ဤအိမ်ထောင်စုရှိ WIC ဝန်ဆောင်မှုရယူသူသည် ၎င်းအတွက်အတည်ပြုထားသည့်ကာလအတွင်းပြောင်းရွှေ့နိုင်သဖြင့် ဤအိမ်ထောင်စုရှိ WIC ဝန်ဆောင်မှုရယူတိုင်းကို အတည်ပြုချက်အတွက် အထောက်အထားပေးရမည်ဖြစ်ကြောင်းနားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့၏အကျိုးဝင်မှုကိုဆုံးဖြတ်ရန် ကျွန်ုပ်တို့မှ ပေးလိုက်သည့် အချက်အလက်များသည် သိသလောက်အမှန်အကန်ဖြစ်ကြောင်းကျမ်းကျိန်ပါသည်။ နိုင်ငံတော်အထောက်အပံ့ရရှိမှုနှင့်ဆက်စပ်၍ ဤ အတည်ပြုချက်ပုံစံကို တင်သွင်းပါသည်။ ပူးတွဲပါ ပါဝင်သူထံအသိပေးချက်တွင် ၎င်းပုံစံမှာဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း ကျွန်ုပ်တို့၏ကိုယ်ရေးကိုယ်တာအချက်များကို အခြားသူများအားပြောမည်ဖြစ်ကြောင်းနားလည်ပါသည်။ တမင်ရည်ရွယ်၍ ထွက်ဆိုချက် မမှန်ကန် သို့မဟုတ် လှည့်ဖြား၍ပေးပါက သို့မဟုတ် အချက်များ ဖုံးကွယ်ပါက၊ ထိခိုက်မှုမရှိပါက မပေးသင့်ဘဲပေးမိသည့်အစာအကျိုးခံစားခွင့်၏တန်ဖိုးကို ပြည်နယ်အဖွဲ့အစည်းအား ငွေပြန်ပေးရန်ပြီး ပြည်နယ်နှင့် နိုင်ငံတော် ဥပဒေအရ တရားမမှု သို့မဟုတ် ရာဇဝတ်မှုအရအရေးယူခံရနိုင်ပါသည်။ WIC အစားအစာ၊ ဖော်မျူလာ၊ အကျိုးခံစားခွင့်များကို လူမှုမီဒီယာများတွင် ရောင်း ခြင်း၊ ရောင်းရန် သို့မဟုတ် ဖလှယ်ရန်ကြိုးပမ်းခြင်းကြောင့် ရာဇဝတ်မှုအရအရေးယူခြင်းနှင့်/သို့မဟုတ် နောင်တွင် WIC အကျိုးခံစားခွင့်များ မရအောင် ပိတ်ပင်ခြင်းများခံရနိုင်ပါသည်။ WIC အကျိုးခံစားခွင့်များကို WIC ဆေးခန်းတစ်ခုထက်ပို၍ တပြိုင်နက်ရနေပါက ရပ်စဲခံရနိုင်သည်ကို နားလည်ပါသည်။

ကိုယ်ဝန်ဆောင်၊ နို့တိုက် သို့မဟုတ် မီးဖွားပြီးလျှောက်ထားသူ သို့မဟုတ် မွေးကင်းစ သို့မဟုတ် ကလေးဖြစ်သည့်လျှောက်ထားသူနှင့်အတူရှိသူ၏ လက်မှတ်

လူမျိုး၊ အသားရောင်၊ မူရင်းနိုင်ငံ၊ လိင်၊ မသန်စွမ်းမှု၊ အသက်အရ ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်း သို့မဟုတ် USDA မှပြုလုပ်ခဲ့သော သို့မဟုတ် ရန်ပုံငွေထောက်ပံ့ခဲ့သော အစီအစဉ် သို့မဟုတ် ဆောင်ရွက်ချက်တစ်ခုတွင် အများပြည်သူရပိုင်ခွင့်များနှင့်ပတ်သက်သည့် လှုပ်ရှားမှုများ ယခင်က ပြုလုပ်ခဲ့သည့်အတွက် တန်ပြန် လက်စားချေခြင်းများမပြုရန် USDA၊ ၎င်း၏အဖွဲ့အစည်းများ၊ ရုံးများနှင့် အလုပ်သမားများ၊ USDA အစီအစဉ်များတွင် ပါဝင်နေသော သို့မဟုတ် ၎င်းအစီအစဉ် များကိုစီမံအုပ်ချုပ်နေသော အဖွဲ့အစည်းများကို နိုင်ငံတော်အများပြည်သူရပိုင်ခွင့်များဥပဒေ၊ အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု စိုက်ပျိုးရေးဌာန (USDA) အများ ပြည်သူရပိုင်ခွင့်ဆိုင်ရာ စည်းမျဉ်းစည်းများ၊ မူဝါဒများနှင့်အညီ တားမြစ်ထားပါသည်။

ဤအစီအစဉ်၏ အချက်အလက်များကို (ဥပမာ ဘရေးလီ၊ ပုံနှိပ်စာလုံးကြီး၊ အသံတိပ်ခွေ၊ အမေရိကန် လက်ဟန်ဖြင့်ပြောဆိုမှု စသည့်) အခြားနည်းဖြင့် ဆက်သွယ်ရန် လိုအပ်သည့် မသန်စွမ်းမှုရှိသူများသည် ၎င်းတို့အကျိုးခံစားခွင့်များလျှောက်သည့် (ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဒေသန္တရ) အဖွဲ့အစည်းကို ဆက်သွယ် ရပါမည်။ နားမကြားသူ၊ နားလေးသူ သို့မဟုတ် စကားပြောရန် အခက်အခဲရှိသူများသည် (800) 877-8339 ရှိ (နိုင်ငံတော် လက်ဆင့်ကမ်း ဝန်ဆောင်မှု) Federal Relay Service မှတဆင့် USDA ကို ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ ၎င်းအပြင် ဤအစီအစဉ်၏ သတင်းအချက်အလက်များကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာအပြင် အခြားဘာသာစကားများနှင့် ရယူနိုင်ရန် ပြုလုပ်ထားပါသည်။

ခွဲခြားဆက်ဆံမှုတစ်ရပ်အတွက် အစီအစဉ်ကိုတိုင်ကြားရန် အွန်လိုင်း - http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html တွင်နှင့် မည်သည့် USDA ရုံးတွင်မဆို တွေ့နိုင်သည့် (USDA အစီအစဉ် ခွဲခြားဆက်ဆံမှုတိုင်ကြားမှုပုံစံ) [USDA Program Discrimination Complaint Form \(AD-3027\)](#) ကို ဖြည့်ပါ။ သို့မဟုတ် USDA သို့လိပ်မူပြီး ပုံစံတွင်တောင်းဆိုထားသည့် အချက်အလက်အားလုံးရေးပါ။ တိုင်ကြားချက်ပုံစံမိတ္တူတစ်စောင် တောင်းဆိုရန် (866) 632-9992 ကို ဖုန်းဆက်ပါ။ ဖြည့်စွက်ထားသည့် ပုံစံ သို့မဟုတ် စာကို USDA ထံအောက်ပါနည်းများဖြင့် တင်သွင်းနိုင်ပါသည် -

(၁) စာတိုက်မှ - U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

(၂) ဖက်စ် - (202) 690-7442၊ သို့မဟုတ်

(၃) အီးမေး - program.intake@usda.gov

ဤအဖွဲ့အစည်းသည် တန်းတူအခွင့်အရေးပေးပါသည်။