

برنامج النساء والرضع والأطفال  
(WIC) التابع لوزارة الصحة العامة  
بولاية كونيتيكت

إخطار بعمل المشاركين

تاريخ الإخطار:

الاسم	بطاقة الهوية الخاصة ببرنامج النساء والرضع والأطفال (WIC) أو تاريخ الميلاد
العنوان	
المدينة/الرمز البريدي	هاتف رقم ( ) -
قسم عدم الأهلية/الإنهاء	<p><input type="checkbox"/> أنت أو رضيعك/طفلك غير مؤهلون لبرنامج النساء والرضع والأطفال (WIC) للأسباب الآتية:</p> <p><input type="checkbox"/> لم تعد أنت أو رضيعك/طفلك مؤهلين (انتهت فترة الاستحقاق) لبرنامج النساء والرضع والأطفال (WIC) للأسباب الآتية:</p> <p><input type="checkbox"/> الدخل عال جداً للحصول على برنامج WIC.</p> <p><input type="checkbox"/> أنت لست في فئة المؤهلين لبرنامج WIC (الحوامل أو النساء بعد الولادة أو المرضعات أو الرضع أو الأطفال حتى 5 أعوام من العمر).</p> <p><input type="checkbox"/> المرأة التي ولدت ومرضعت الرضيع قبل مرور عام.</p> <p><input type="checkbox"/> المرضعة التي أوقفت الرضاعة قبل مرور عام.</p> <p><input type="checkbox"/> المرضعة التي بلغت حد الاستحقاق البالغ 12 شهراً في برنامج WIC.</p> <p><input type="checkbox"/> الطفل الذي بلغ عمره خمس سنوات.</p> <p><input type="checkbox"/> ليس لديك ظروف صحية مرضية أو تغذوية.</p> <p><input type="checkbox"/> فاتك موعد التصديق على استحقاقك للبرنامج.</p> <p><input type="checkbox"/> الانسحاب الطوعي من البرنامج.</p> <p>أخرى <input type="checkbox"/></p>
قسم الاستبعاد	<p>تم تعليق استحقاقك في برنامج WIC لمدة _____ لمخالفتك القاعدة (القواعد) التالية لبرنامج WIC:</p> <p>(مدة زمنية)</p>
قسم جلسة استماع عادلة	<p>لك الحق في طلب جلسة استماع عادلة إذا كان لديك اعتراض على سبب عدم استحقاقك أو إنهاء استحقاقك أو استبعادك. يجب تقديم طلب لعقد جلسة استماع عادلة خلال 60 يوم من تاريخ الإخطار.</p> <p>يجب إرسال طلبات عقد جلسات الاستماع العادلة إلى:</p> <p>State of Connecticut - Department of Public Health-WIC Program Attention: State WIC Director 410 Capitol Avenue MS # 11WIC P.O. Box 340308 Hartford, CT 06134-0308</p> <p>سيساعدك فريق برنامج WIC المحلي في إعداد نموذج طلب جلسة استماع عادلة إذا طلبت مساعدة. القواعد المكتوبة لجلسات الاستماع مُدرجة في نموذج طلب جلسة استماع عادلة.</p>
توقيع المشارك/المستفيد	توقيع/لقب ممثل برنامج WIC

وفقاً للقانون الفيدرالي للحقوق المدنية ولوائح وسياسات الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية، يُحظر على وزارة الزراعة الأمريكية ووكالاتها ومكاتبها وموظفيها ومؤسساتها المشاركة في إدارة برامج وزارة الزراعة الأمريكية التمييز بناءً على العرق أو اللون أو الأصل القومي أو النوع أو الإعاقة أو السن أو الانتقام أو الثأر من أجل نشاط حقوق مدنية سابق في أي برنامج أو نشاط تديره أو تموله وزارة الزراعة الأمريكية (USDA). الأشخاص ذوو الإعاقات الذين يتطلّبون وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج (مثل، طريقة برايل أو المطبوعات الكبيرة أو الأشرطة الصوتية أو لغة الإشارة الأمريكية، إلخ)، ينبغي عليهم الاتصال بالوكالة (الحكومية أو المحلية) حيث تقدموا لطلب المعونات. الأشخاص الصم أو الذين يعانون من صعوبة في السمع أو النطق يمكنهم الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية عن طريق خدمة الترحيل الفيدرالية على رقم 877-8339 (800). كما أن معلومات البرنامج قد تتوفر بلغات خلاف اللغة الإنجليزية. لتقديم شكوى تمييز بخصوص البرنامج، أكمل نموذج شكوى تمييز البرنامج الخاص بوزارة الزراعة الأمريكية (AD-3027)، الموجود على الإنترنت على: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf> وفي أي من مكاتب وزارة الزراعة الأمريكية، أو اكتب خطاباً إلى وزارة الزراعة الأمريكية واذكر فيه كل المعلومات المطلوبة في النموذج. لطلب نسخة من نموذج الشكوى، اتصل بـ 632-9992 (866). أرسل النموذج المكتمل أو الخطاب إلى وزارة الزراعة الأمريكية عن طريق: (1) البريد: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410، (2) فاكس: 690-7442 (202) أو (3) البريد الإلكتروني: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).