

إذن فردي للإفصاح عن المعلومات الخاصة ببرنامج WIC
(Individual Authorization to Release WIC Information)

اسم المشترك _____ تاريخ الميلاد _____

اسم الوصي (إن وجد) _____

1. أمنح الإذن بالإفصاح عن معلومات المشترك السرية الخاصة بي أو بطفلي، والتي تم الحصول عليها أثناء فترة اشتراكي أو اشتراك طفلي في برنامج WIC. وأدرك أنه من دون الحصول على توقيبي وموافقتي المحددة، فإنه لا يمكن الإفصاح عن هذه المعلومات باستثناء ما يسمح به القانون خلافاً لذلك.
2. تتمتع بعض المعلومات بحماية خاصة. لن يتم الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بالأمراض المنقولة جنسياً، ومعلومات التشخيص والعلاج المتعلقة بتعاطي المخدرات والكحوليات، ومعلومات التشخيص والعلاج المتعلقة بالصحة النفسية إلا إذا قمتُ بالتوقيع في المربع الخاص بـ "المعلومات المحمية بشكل خاص" الوارد أدناه.
3. أدرك أنه يمكنني التراجع عن هذا الإذن في أي وقت عن طريق توقيع وتأريخ بيان مكتوب يفيد بأنني ألغيت الإذن الذي منحته.
4. أدرك أنه إذا اخترت عدم التوقيع على هذا النموذج، فلن يؤثر ذلك على أهليتي أو أهلية طفلي للحصول على خدمات برنامج WIC أو الاشتراك فيه.
5. أدرك أن هذا الإذن بالإفصاح ينتهي بتاريخ: _____.

اسم الشخص الذي سيتلقى المعلومات	اسم الشخص الذي سيتلقى المعلومات
العنوان	العنوان
الهاتف	الهاتف
الفاكس	الفاكس

التوقيع: _____ التاريخ: _____

أمنح الإذن بالإفصاح عن "المعلومات المحمية بشكل خاص" كما هو موضح بالتوقيع بالأحرف الأولى من اسمي أدناه. _____ المعلومات المتعلقة بالأمراض المنقولة جنسياً _____ معلومات التشخيص والعلاج المتعلقة بتعاطي المخدرات والكحوليات _____ معلومات التشخيص والعلاج المتعلقة بالاضطرابات النفسية/الصحة النفسية _____ التاريخ _____ التوقيع

(إذا كان ذلك ينطبق) تمت ترجمة هذا النموذج شفهيًا بواسطة: _____

التوقيع _____ التاريخ: _____

For Clinic Use
The information described above was released on _____ (date)
Signature _____

Staff initial all that apply: _____ Interpreter _____ Read to client _____ Written translation _____ Other _____

لا يمارس برنامج WIC في واشنطن أي نوع من أنواع التمييز.

وفقاً لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي ولوائح وسياسات الحقوق المدنية الخاصة بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يحظر على هذه المؤسسة ممارسة التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل القومي، أو الجنس (بما في ذلك الهوية الجنسية والميل الجنسي) أو الإعاقة، أو العمر، أو الانتقام، أو الثأر لفعل سابق متعلق بالحقوق المدنية.

قد تُتاح معلومات البرنامج بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية. وينبغي للأشخاص ذوي الإعاقة الذين يحتاجون إلى وسائل اتصال بديلة للحصول على معلومات البرنامج) مثل طريقة بريد، والمطبوعات الكبيرة، والشرائط الصوتية، ولغة الإشارة الأمريكية، إلخ) الاتصال بالولاية المسؤولة أو الوكالة المحلية المسؤولة التي تدير البرنامج أو مركز TARGET التابع لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) على 2600-720 (202) (مكالمة صوتية أو مكالمة مخصصة للصم والبكم) (TTY) أو الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) من خلال الخدمة الفيدرالية للصم والبكم على 8339-877 (800).

لتقديم شكوى بشأن التمييز في البرنامج، يجب على مقدم الشكوى إكمال نموذج شكوى التمييز في برنامج وزارة الزراعة الأمريكية Form AD-3027، الذي يمكن الحصول عليه عبر الإنترنت على: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-arabic.pdf> من أي مكتب تابع لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، عن طريق الاتصال بالرقم 9992-9992 (866) 632، أو عن طريق كتابة خطاب موجه إلى وزارة الزراعة الأمريكية (USDA). ويجب أن يتضمن الخطاب اسم صاحب الشكوى، وعنوانه، ورقم هاتفه ووصفاً مكتوباً للإجراء التمييزي المزعوم بتفصيل كاف لإبلاغ الأمين المساعد للحقوق المدنية (ASCR) بطبيعة الانتهاك المزعوم للحقوق المدنية وتاريخه. يجب تقديم النموذج أو الخطاب المكتمل AD-3027 إلى وزارة الزراعة الأمريكية عن طريق: العنوان البريدي:

1. العنوان البريدي:

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

2. الفاكس:

256-1665 (833) 690-7442 (202); أو

3. البريد الإلكتروني:

program.intake@usda.gov

هذه المؤسسة هي مؤسسة توفر تكافؤ الفرص
لا يمارس برنامج WIC في واشنطن أي نوع من أنواع التمييز.

لطلب هذا المستند بتنسيق آخر، اتصل بالرقم 1-800-841-1410
بالنسبة إلى العملاء الصم أو ضعاف السمع، يُرجى الاتصال بالرقم 711 (Washington Relay)
أو مراسلة عنوان البريد الإلكتروني wic@doh.wa.gov.



DOH 962-979 November 2023 Arabic

