د WIC د معلوماتو د خپرولو لپاره انفرادي اجازه
(Individual Authorization to Release WIC Information)

د ګډون کوونکي نوم ________________________________ د زیږیدو نېټه ____________________

د پالونکي نوم (که شته وي) ____

1. زه اجازه ورکوم چې د خپل ګډون کوونکي یا زما د ماشوم هغه محرم معلومات خپاره شي چې د WIC په پروګرام کې زما یا زما د ماشوم د ګډون پر مهال ترلاسه شوي دي.زه پوهیږم چې دغه معلومات زما له لاسلیک او ځانګړي رضایت پرته نه شي خپریدلی، مګر دا چې په بل ډول د قانون لخوا اجازه ورکړل شوې وي.
2. ځینې معلومات په ځانګړې توګه ساتل کېږي. له جنسي اړخه لېږدېدونکو ناروغیو، د نشه یي توکو او الکولو تشخیص او درملنې او د رواني روغتیا د تشخیص او درملنې په تړاو معلومات به خپاره نه شي، مګر دا چې زه لاندې د ځانګړو ساتل شوو معلوماتو په خانه کې لاسلیک وکړم.
3. زه پوهیږم چې کولی شم دغه اجازه هر وخت د داسې لیکلې بیانیې په لاسلیکولو او نېټه ورکولو سره بیرته واخلم چې خپله اجازه پکې لغوه کوم.
4. زه پوهیږم چې که دغه فورمه لاسلیک نه کړم، نو دغه چاره به په WIC کې زما یا مې د ماشوم د ګډون پر شرایطو پر برابروالي اغېز ونه کړي.
5. زه پوهیږم چې د افشا کولو دغه اجازه په ________________________نېټه پای ته رسیږي.

د هغه کس نوم چې معلومات ترلاسه کوي	د هغه کس نوم چې معلومات ترلاسه کوي
پته	پته
ټلیفون	ټلیفون
فکس:	فکس:

لاسلیک: ________________________________ نېټه: ____________________

زه اجازه ورکوم چې په ځانګړې توګه ساتل شوي معلومات خپاره شي څه ډول چې زما په کوچني لاسلیک یا پاراف سره لاندې ښودل شوي دي.

_______له جنسي اړخه د لېږدېدونکو ناروغیو معلومات

_______نشه یي توکو او الکولو تشخیص او درملنې معلومات

_______اروایي اختلالات / د رواني روغتیا تشخیص او درملنې معلومات

لاسلیک ____________________ نېټه ____________________

(که شتون ولري) دغه فورمه د لاندې کس لخوا په شفاهي توګه ژباړل شوې ده: ________________________________

لاسلیک________________________________ نېټه: ____________________

For Clinic Use

The information described above was released on ______________________________ (date)

Signature ____

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

د واشنګټن ایالت WIC اداره تبعیض نه کوي.

د فدرال مدني حقوقو قانون او د متحده ایالاتو د کرنې وزارت (USDA) د مقرارتو او مدنی حقوقو تګلارې سره سم دغه اداره د نژاد، رنګ، ملی منشاء، جنسیت (د جنسی هویت او جنسی تمایل په شمول)، معلولیت، سن، پر اساس تبعیض یا غچ اخیستنې یا د مخیکني مدني حقوقو فعالیت له کبله د انتقام اخیستنې عمل ممنوع دی.

د دې پروګرام په هکله معلومات کیدای شي په غیر انګلیسي ژبو کې هم د لاسرسي‌وړ وي. هغه کسان چې کوم ډول معلولیت لري او یا د معلوماتو ترلاسه کولو لپاره بدیل ابزارو ته اړتیا لري (لکه د بریل لیکنه، د متن لوې اندازې چاپ، غږیز نوار، د امریکایي اشارې ژبه) نو دغه کسان دې باید ایالتي یا سیمه ییز مسؤل څوک چې دغه پروګرام پلې کوي یا USDA TARGET مرکز سره په 720–2600 (202) شمېره (د نه اورېدونکو لپاره غږ اومخابراتی آلې) سره اړیکه ونیسي یا USDA (د امریکې د متحده ایالاتو د کرنې وزارت) سره د فدرال بیا خپرولو خدماتو له لارې په دغه شمېره 8339–877 (800) اړیکه ونیسي.

د دې پروګرام پورې اړوند د تبعیض شکایتونه باید د شکایت کوونکي، د AD–3027 فورمه چې د USDA (د متحده ایالاتو د کرنې وزارت) د شکایاتو فورمه ده، لاندیني انټرنټي آدرس څخه د ترلاسه کولو وروسته باید ډکه کړي. https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-pashto.pdfدغه فورمه تاسو د USDA (د امریکې د متحده ایالاتو د کرنې وزارت) هر دفتر څخه دغې شمېرې 9992–632 (866) سره د اړیکې نولو سره یا د USDA (د امریکې د متحده ایالاتو د کرنې وزارت) پتې ته د لیک استولو له لارې ترلاسه کولی شئ. استول شوی مکتوب باید د شکایت کوونکي نوم، پته، د ټلفون شمېره، او په لیکل شوی بڼه د تبیضي عمل شرح د جزئیات باید په کافی اندازه ذکر شوی وي تر څو د مدني حقوقو مرستندوی (ASCR) ته د دغه نقض په څرنګوالي او د دغه نقض د نیټې او دغه مدنی حقوقو د ادعا په اړه په سمه توګه اطلاع ورکړي. د AD–3027 تکمیل شوی فورمه باید USDA (د امریکې د متحده ایالاتو د کرنې وزارت) ته په لاندیني پتې ته واستول شوي.

(۱) پوستي آدرس:
U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; یا
(۲) د فکس شمېره:
(833) 256-1665 یا (202) 690-7442; یا
(۳) برېښنالیک یا انټرنټی پته:
program.intake@usda.gov

دغه اداره د مساوي فرصتونو برابرونکې ده.
د واشنګټن WIC تبعیض نه کوي.

.په بل فارمټ کې د دغه سند د غوښتلو لپاره 1-800-841-1410 شمېرې ته زنګ ووهئ

.ته زنګ ووهئ (Washington Relay) کاڼه یا هغه پیرودونکي چې په اورېدو کې ستونزه ولري، په مهربانی سره 711

.برېښنالیک ته واستوئ wic@doh.wa.gov یا

Washington State Department of HEALTH

WIC WASHINGTON