

## يو مجاز استازی بدل، لري يا وټاکي: کس (APPOINT, CHANGE, OR REMOVE AN AUTHORIZED REPRESENTATIVE: PERSON)

ټاکنه وسپاري ډکه کړي، بدلون، يا يو مجاز استازی لري کړي: د شخص فورمه، F-10126A، د ټاکلو، بدلون لپاره، يا يو کس ستاسو د مجاز استازی په توګه لري کړي.

خپل مجاز استازي په توګه د **سازمان** د ټاکلو لپاره، ډک کړئ او وسپاري **وټاکي، بدل کړي، يا لري کړي او مجاز استازي: د سازمان فورمه F-10126A**، پرځای.

که تاسو د ملکیت قانوني سرپرست لري، د شخص او ملکیت قانوني ساتونکي، په عمومي توګه قانوني سرپرست، يا محافظه کار، هغه شخص بايد ستاسو لپاره يو باصلاحیته استازی وټاکي که تاسو غواړئ چې د دوی پرته بل څوک ستاسو مجاز استازی وي. که تاسو د څارنوالی دوامدار ځواک لري، تاسو يا ستاسو د څارنوالی ځواک کولی شئ يو با اختیار استازی وټاکئ.

په دي فورمه کې چمتو شوي شخصي پیژندل شوي معلومات به يوازي د ويسکونسن Medicaid، BadgerCare Plus، FoodShare، Family Planning Only Services (د کورنی پلان کولو يوازي خدمتونه)، او د Caretaker Supplement (ساتونکي ضمیمه) لپاره کارول کيږي.

### د نمایندګی مجاز معلومات

يو مجاز استازی هغه کس دی چې ستاسو د کورنی له شرایطو سره اشنا وي او تاسو باور لري چې ستاسو په استازیتوب عمل وکړي. هر څوک کولی شي ستاسو د مجاز استازي په توګه خدمت وکړي پرته له دي چې لاندې لپاره:

- هغه خلک چې په قصدي ډول د FoodShare پروګرام سرغړونې له امله بي برخي شوي د دوی د ناهلیت په دوره کې نشي کولی د مجاز استازي په توګه خدمت وکړي پرته لدې چې بل څوک د دي توان ونلري چې د با اختیار استازي په توګه خدمت وکړي.
  - د بي کوره خوارو چمتو کونکي نشي کولی د بي کوره خوارو واحد لپاره د مجاز نمایندګه په توګه خدمت وکړي. (د خورو واحد يو يا څو خلک دي چې يوځای ژوند کوي او يوځای خواره اخلي او جوړوي).
  - د ادارې کارمندان چې د وړتیا يا ګټو په ټاکلو کې مرسته کوي ممکن د مجاز استازي په توګه کار ونکړي. دوی ته په ځانګړو شرایطو کې د مجاز استازي په توګه د خدمت کولو لپاره ځانګړي لیکلي تصویب ورکول کیدی شي.
  - پرچون پلورونکي چې د FoodShare ګټو منلو واک لري ممکن د مجاز استازي په توګه کار ونکړي.
- يوځل چې وټاکل شي، ستاسو با اختیار استازی کولی شي ستاسو په استازیتوب لاندې يو يا ټول ترسره کړي:

- د ګټو لپاره غوښتنه وکړئ يا نوي کړئ
- ستاسو په معلوماتو کې د بدلونونو راپور ورکړئ
- ستاسو د ګټو پورې اړوند هر ډول مسلو کې د خپلې ادارې سره کار وکړئ
- د هغه پروګرامونو لپاره ستاسو د وړتیا په اړه شکایتونه او استیناف فایل کړئ چې تاسو يې غوښتنه کوئ يا په کې نوم لیکنه کوئ

تاسو کولی شئ دا هم وټاکئ چې خپل مجاز استازی ستاسو د وړتیا او ګټو په اړه د لیکونو کاپي ترلاسه کړئ، خپل ForwardHealth کارت ترلاسه کړئ، ستاسو په استازیتوب د ForwardHealth غړو خدماتو او ستاسو د HMO (روغتیا ساتنې سازمان) سره کار وکړئ، او ستاسو د روغتیا پاملرنې په اړه شکایتونه او اپیلونه درج کړئ. خدمتونه (د مثال په توګه، درملنه او بیلونه).

تاسو اړتیا نلري **نه** چې د غوښتنلیک يا ګټي ترلاسه کولو لپاره يو با اختیار استازی ولري.

هغه مجاز استازی چې تاسو په دي فورمه کې ټاکئ کولی شي ستاسو په استازیتوب د لاندې پروګرامونو څخه **کوم** لپاره عمل وکړي: د ويسکونسن Medicaid، BadgerCare Plus، FoodShare، Family Planning Only Services، يوازي د Caretaker Supplement (ساتونکي ضمیمه). که تاسو په دي پروګرامونو کې نوم لیکنه کوئ او د Wisconsin Works (ويسکونسن ورکس) (W-2)، ستاسو مجاز استازی ممکن ستاسو په استازیتوب د W-2 لپاره عمل وکړي.

هغه مجاز استازی چې تاسو په دي فورمه کې ټاکئ کولی شي ستاسو په استازیتوب د Wisconsin Shares Child Care Subsidy (ويسکونسن شريکانو د ماشومانو پاملرنې سبسایډي) پروګرام لپاره عمل وکړي. که تاسو د ويسکونسن ونډو لپاره غوښتنه کوئ، تاسو اړتیا لري د خپل ځان لپاره غوښتنه وکړئ.

### د فورمي لارښوونې

که اړين معلومات په دي فورمه کې شتون ولري، د هر ډول لاسلیکونو په ګډون، فورمه به نیمګړتیا وګڼل شي، او ستاسو با اختیار استازی نشي کولی ستاسو په استازیتوب عمل وکړي.

**برخه 1** — تاسو اړتیا لري برخه بشپړه کړئ 1. تاسو به اړتیا ولري چې وټاکئ که تاسو يو با اختیار استازی وټاکئ، بدل کړئ يا لري کړئ. تاسو به خپل نوم او د زیرون نېټه هم چمتو کړئ ترڅو مور تاسو وپیژنو. که تاسو يو با اختیار استازی وټاکئ يا بدل کړئ، غوره کړئ که تاسو غواړئ چې ستاسو با اختیار استازی ستاسو د لیکونو کاپي ترلاسه کړي. که تاسو هم د روغتیا پاملرنې برنامې لپاره غوښتنلیک ورکوئ يا نوم لیکنه کوئ، نو غوره کړئ که

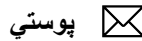
تاسو غواړئ اجازه ورکړئ چې خپل مجاز استازی ستاسو په استازیتوب نور اقدامات وکړي. دا تر لاسه کړئ مخکې له دې چې تاسو هو وگورئ د خوندي روغتیا معلوماتو اجازه لیک لوستل او موافق یاست. بیا، د پوهاوي بیانونه ولولئ. که تاسو موافق یاست، فورمه لاسلیک او نیټه ولیکئ.

**برخه 2** — ستاسو مجاز استازی باید د 2 برخه بشپړ کړي. ستاسو مجاز استازی به اړتیا ولري چې خپل نوم او د اړیکو معلومات چمتو کړي. دوی به هم اړتیا ولري چې د تفاهم بیانونه ولوستل شي او فورمه لاسلیک او نیټه وکړي که چیرې دوی د بیانونو سره موافق وي.

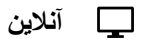
**برخه 3** — که تاسو یو باصلاحیت استازی وټاکئ یا بدل کړئ، نو تاسو به اړتیا ولری چې ستاسو د مجاز استازي پرته بل څوک وگوري چې تاسو دا فورمه لاسلیک کوي. دا سړی شاهد بلل کيږي. که تاسو دا فورمه د یو سره لاسلیک کړئ "X"، بیا دوه شاهدان باید تاسو وگوري چې فورمه لاسلیک کړي. شاهد یا شاهدان باید خپل نوم، لاسلیک او هغه نیټه چې فورمه یې لاسلیک کړې چمتو کړي.

## د فورمي سپارل

تاسو کولی شئ خپل بشپړ شوی فورمه په لاندې لارو کې وسپارئ:



پوسټي



آنلاین

• که تاسو په **Milwaukee** کاونټي، اوسپړئ، فورمه دې ته واستوئ:  
MDPU  
6055 N. 64<sup>th</sup> St.  
Milwaukee, WI 53218

د فورمي ټولې پاڼې ACCESS ته سکین کړئ. تاسو کولی شئ دا د خپل ACCESS حساب له لارې ترسره کړئ، کوم چې تاسو په [access.wi.gov](http://access.wi.gov) ( یادونه: که تاسو د ACCESS حساب نلری، تاسو کولی شئ [access.wi.gov](http://access.wi.gov) ته لار شئ او یو جوړ کړئ).

• که تاسو په **Milwaukee** کاونټي کې ژوند نه کوی فورمه دې ته واستوئ:  
CDPU  
P.O. Box 5234  
Janesville, WI 53547

**یادونه:** تاسو کولی شئ یوازې په ځانگړو وختونو کې ACCESS ته فورمي سکین کړئ. که تاسو نشئ کولی فورمه ACCESS ته سکین کړئ، فورمه د یوې بلې لارې په کارولو سره وسپارئ.

په شخصي توگه



فاکس

فورمه خپلې ادارې ته واخله. ستاسو د ادارې د اړیکو معلومات د ویسکونسن د Department of Health Services (روغتیا خدماتو څانگې) (DHS) په ویب پاڼه کې دي  
[www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/imagency/index.htm)

• که تاسو په **Milwaukee** کاونټي، کې اوسپړئ، فورمه ورته فکس کړئ 888-409-1979.  
• که تاسو په **Milwaukee** کاونټي، کې ژوند نه کوی فورمه دې فکس کړئ 855-293-1822.

د مجاز استازو په اړه د نورو معلوماتو لپاره، د DHS ویب پاڼې ته لار شئ [www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm)



د غوښتونکي / غړي لخوا ډک شي

برخه 1

زه:

باصلاحیته استازی ټاکم. تاسو باید د ټوله 1 برخه ډکه کړئ.

زما د مجاز استازی بدلول. تاسو باید د ټوله 1 برخه ډکه کړئ. دا تر لاسه کړئ چې تاسو په B برخه کې د خپل نوي مجاز استازي په نوم ولیکئ.

زما د مجاز استازي لیرې کول. تاسو باید د 1 برخې برخه A او E برخه ډکه کړئ. B او C برخه خالي پریرئ.

**برخه A: شخصي معلومات**

نوم - غوښتونکي/غړی (وروستی، لومړی، منځنی ابتدایی)

د قضیې شمیره (که تاسو لری)

د زیریدو نیټه

**برخه B: د واک ورکولو معلومات**

زه لاندې شخص ټاکم چې زما با اختیار استازی شي:

زه غواړم چې زما مجاز استازی زما د وړتیا او گټو په اړه د لیکونو کاپي ترلاسه کړي.

هو  نه

**برخه C: د اجازې اضافي معلومات - یوازې د روغتیا پاملرنې پروگرامونه (اختیاري)**

زه د روغتیايي پاملرنې پروگرام (د مثال په توګه، ویسکونسن Medicaid، BadgerCare Plus یا یوازې د Family Planning Only Services (کورنی پلان کولو خدمتونه) لپاره غوښتنلیک ورکوم یا نومول شوی یم او غواړم چې زما با اختیار استازی لاندې ټول کارونه وکړي:

- زما پر ځای ForwardHealth زما فارورډ روغتیا کارت ترلاسه کړی.
- ما په HMO کې نوم لیکنه وکړه.
- د ForwardHealth د غړو خدمتونه یا زما HMO سره د بل، خدمت، یا نورو طبي معلوماتو په اړه خبرې وکړی، په شمول د خوندي روغتیا معلوماتو. ډاډ ترلاسه کړی چې مخکې لدې چې تاسو هو وگورئ لاندې خوندي شوي روغتیايي معلوماتو اختیار لوستل او موافق یاست.
- زما د روغتیا پاملرنې خدماتو په اړه شکایتونه او اپیلونه درج کړی (د بیلګې په توګه، درملنه او بیلونه).

هو  نه

**د خوندي روغتیا معلوماتو د کارولو او افشا کولو اجازه**

پورته د هو په چک کولو سره، زه د ویسکونسن د Department of Health Services (روغتیا خدماتو څانګې) (DHS) او د هغې قراردادیانو ته اجازه ورکوم، چې د HMOs په ګډون، زما خوندي شوي روغتیا معلومات زما د مجاز استازي سره افشا کړي (شریک).

هغه معلومات چې زه یې د شریکولو اجازه ورکوم ممکن لاندې ډول معلومات پکې شامل وي: ادعاګانې، طبي ریکارډونه، د مخدره توکو ناوړه ګټه اخیستنې پاملرنه، د زیږون پاملرنې، رواني روغتیا، ساري ناروغی، د درملتون خدمتونه، HIV/AIDS، د غاښونو ریکارډونه، او پرمختیايي معلولیتونه. معلومات شریکول کېږي نو زما مجاز استازی کولی شي زما د روغتیا پاملرنې گټو اداره کولو کې مرسته وکړي.

زه پوهېږم چې هر هغه معلومات چې د دغې اجازې پر بنسټ کارول کېږي یا شریک کېږي د دغو معلوماتو ترلاسه کوونکي کس یا ادارې له لوري شریک کېدلی شي او نور د محرمیت فدرالي قوانینو له لوري نه خوندي کېږي.

زه پوهېږم چې دا اختیار داوطلبانه دی او دا چې زه ممکن د پورته نه په چک کولو سره زما د خوندي روغتیايي معلوماتو خپرولو اجازه رد کړم. د نمبر چک کول به د درملني چمتو کولو، تادیه کولو، په روغتیا پالن کې نوم لیکنه، یا د گټو لپاره وړتیا اغیزه ونکړي مگر دا چې د پروگرام لپاره د وړتیا ټاکلو یا په پروگرام کې د نوم لیکني لپاره اجازه اړینه وي.

دا واک به تر هغه دوام وکړي تر څو چې زه په دې فورمه کې مجاز استازی له خپل مجاز استازی څخه لرې کړم یا زما ادارې ته خبر ورکړم چې زه نه غواړم زما با اختیار استازی نور زما خوندي روغتیا معلوماتو ته لاسرسی ولري. زه کولی شم زما ادارې ته په هر وخت کې په لیکلي ډول خبر ورکړم. په هر صورت، د اجازې لرې کول به خوندي روغتیايي معلومات اغیزه ونکړي کوم چې دمخه شریک شوي.

## برخه D: د پوهیدلو بیانونه

- زه پوهیږم او موافق یم چې:
- زه حق لرم چې هر هغه څوک وټاکم چې زه غواړم زما با اختیار استازی شم.
- زه کولی شم په هر وخت کې خپل مجاز استازی بدل کړم یا لرې کړم. زه باید خپلې ادارې ته په لیکلې ډول خبر ورکړم چې زه غواړم خپل مجاز استازی بدل کړم یا لرې کړم.
- زه اړ نه یم چې یو کس ته ووايم چې زه دوی د خپل مجاز استازي په توګه لري کوم.
- په دې فورمه کې لیست شوي مجاز استازی به زما با اختیار استازی پاتې شي تر هغه چې زه یې بدل کړم یا لرې کړم.
- زما مجاز استازی به زما شخصي معلوماتو ته لاسرسی ولري، لکه زما د ټولنیز امنیت شمیره، مالي بیانات، او طبي معلومات، ترڅو زما د وړتیا اداره کولو کې مرسته وکړي. که زه د پورته روغتيايي معلوماتو د خوندي کولو اجازه سره موافقه وکړم، زه پوهیږم چې زما با اختیار استازی به هم دې معلوماتو ته لاسرسی ولري ترڅو زما د روغتيا پاملرنې خدماتو اداره کولو کې مرسته وکړي (د مثال په توګه، درملنه او طبي بیلونه).
- زه باید خپل با اختیار استازی ته ریښتیني او دقیق معلومات چمتو کړم.
- زه د غلطو او غلطو معلوماتو لپاره مسؤل یم چې زما مجاز استازی راپور ورکوي. زه پوهیږم چې یا زما با اختیار استازی یا زه غلط معلومات ورکوم یا معلومات پټوم، زه کولی شم:
  - باید هغه ګټې بیرته تادیه کړم چې ما باید تر لاسه کړي نه وي.
  - جریمه شي.
  - د پروګرام څخه منع شي.
  - د درغلي لپاره محاکمه شي.
- د دې فورمې په لاسلیک کولو سره، زه وایم چې زه په پورتنیو بیانونو پوهیږم او موافق یم.

## برخه E: لاسلیک او نیټه

لاسلیک — غوښتونکی/غړی



د لاسلیک نیټه



د مجاز استازي لخوا پک شي

برخه 2

## برخه A: د اړیکې معلومات

نوم - مجاز استازی (وروستی، لومړی، منځنی ابتدایي)


د کوڅې ادراس

ښار	ریاست	زیپ کوډ
د تلفون شمیره (د ساحې کوډ شامل دي)		د بریښنالیک پته (اختیاري)

## برخه B: د تفاهم بیانونه

- زه پوهیږم او موافق یم چې:
  - د یو با اختیاره استازي په توګه، زه د غوښتونکي په اړه د لاندې ټولو یا ټولو ترسره کولو پورې محدود یم یا غږي په استازیتوب:
    - د ګټو لپاره غوښتنه کول یا نوي کول
    - د بدلونونو راپور ورکول
    - د غوښتنلیک ورکونکي یا غږي ادارې سره په هر ډول ګټو پورې اړوند مسلو کې کار کول
    - د وړتیا اړوند شکایتونه او استیناف ثبتول
  - زه تمه کیږم چې د غوښتونکي یا غږي شرایطو سره آشنا شم.
  - غوښتونکي یا غږي کولی شي زه په هر وخت کې د دوی د مجاز استازي څخه لیرې کړم.
  - غوښتونکي یا غږي اړتیا نلري ما ته خبر ورکړي چې زه د دوی د مجاز استازي په توګه له دندې لرې شوی یم.
  - زه د غوښتونکي یا غږي مجاز استازي یم تر څو چې دوی د بل مجاز استازي غوښتنه ونه کړي یا دا غوره کړي چې مجاز استازي ونه لري.
  - زه باید ریښتیني او دقیق معلومات چمتو کړم.
  - که زه غلط یا غلط معلومات چمتو کړم، غوښتونکي یا غږي ممکن اړتیا ولري چې په غلطۍ کې ترلاسه شوي د روغتیا پاملرنې ګټې بیرته ورکړي.
  - که زه په قصدي توګه د پروګرام له مقرراتو څخه سرغړونه وکړم، زه باید د FoodShare هر هغه ګټې بیرته ورکړم چې ناوړه ګټه اخیستي یا په غلطۍ سره ترلاسه شوي.
  - زه باید د ګټو د شخړو او د معلوماتو محرمانیت په اړه د تطبیق وړ دولت او فدرالي قوانینو سره سم عمل وکړم.
  - د دې فورمې په لاسلیک کولو سره، زه وایم چې زه په پورتنیو بیانونو پوهیږم او موافق یم.
  - د دې فورمې په لاسلیک کولو سره، زه وایم چې زه به د غوښتونکي یا غږي لپاره چې په 1 برخه کې لیست شوي د مجاز استازي په توګه خدمت وکړم.

## برخه C: لاسلیک او نیټه

د لاسلیک نیټه	لاسلیک — مجاز استازي 
---------------	--



د شاهدانو لخوا ډکول

برخه 3

نوم - شاهد (وروستی، لومړی، منځنی ابتدا)

د لاسلیک نیټه	لاسلیک — شاهد 
---------------	---

نوم - شاهد (وروستی، لومړی، منځنی ابتدايي) (که غوښتونکي/غږي د X سره لاسلیک شوی وي)

د لاسلیک نیټه	لاسلیک — شاهد 
---------------	---

د خوړو د مرستې بشپړونکې پروگرام (SNAP) او د متحده ایالاتو ځایي سور پوستو ته ځانگړی شوی سیمو کې د خوراکی توکو د ویش پروگرام (FDPIR) ایالتي یا سیمه ییزې ادارې او د هغوی فرعي ادارې باید د عدم تبعیض لاندینی بیانیه خپور کړي:

غوښتنلیک دلته مه لیرئ

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

د دې پروگرام په هکله معلومات کیدای شي په غیر انگلیسي ژبو کې هم د لاسرسی وړ وي. هغه کسان چې کوم ډول معلولیت لري او یا د معلوماتو ترلاسه کولو لپاره بېل ازارو ته اړتیا لري (لکه د برېل لیکنه، د متن لویې اندازې چاپ، غریز نوار، د امریکایي اشارې ژبه) نو دغه کسان دې باید (ایالتي یا سیمه ییزې) ادارې سره چیرته چې یې د امتیازاتو ترلاسه کولو لپاره عریضه ورکړی هغې ادارې سره اړیکه ونیسي. کوم کسان چې کون دي، اورېدلو کې ستونزې لري یا په خبرې کولو کې ستونزې لري، د فدرال بیا خپرولو خدماتو له لارې د امریکې متحده ایالاتو د کرنې وزارت سره په 877-8339 (800) شمېره اړیکه ونیسي.

د دې پروگرام پورې اړوند د تبعیض شکایتونه باید د شکایت کونکي، د AD-3027 فورمه چې د USDA (د متحده ایالاتو د کرنې وزارت) د شکایاتو فورمه ده، لاندینی انټرنټي آدرس څخه د ترلاسه کولو وروسته باید ډکه کړي. <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-pashto.pdf> دغه فورمه تاسو د USDA (د امریکې د متحده ایالاتو د کرنې وزارت) هر دفتر څخه دغې شمېرې 1071-620 (833) سره د اړیکې نولو سره یا د USDA (د امریکې د متحده ایالاتو د کرنې وزارت) پټي ته د لیک استولو له لارې ترلاسه کولی شئ. استول شوی مکتوب باید د شکایت کونکي نوم، پته، د تلفون 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 څرنگوالي او د دغه نقض د نیټې او دغه مدني حقوقو د ادعا په اړه په سمه توګه اطلاع ورکړي. د AD-3027 تکمیل شوی فورمه لاندینی پټي ته واستول شوي.

(۱) پوستي آدرس:

Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334  
Alexandria, VA 22314; یا

(۲) د فکس شمېره:

یا (833)-256-1665 یا (202)-690-7442

(۳) برېښنالیک یا انټرنټي آدرس:

[FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

دغه اداره د مساوي فرصتونو برابرولو اداره ده.

غوښتنلیک دلته مه لیرئ

**د نه تبعيض خبرتيا: تبعيض د قانون خلاف دی - د روغتيا پاملرنې پورې اړوند پروگرامونه**

د Wisconsin Department of Health Services (وييسکونسن د روغتيا خدماتو څانگه) د فدرالي مدني حقونو د تطبيق ور قوانينو سره مطابقت لري او د نژاد، رنگ، ملي اصل، عمر، معلوليت، يا جنسيت پر بنسټ تبعيض نه کوي. د Department of Health Services (روغتيايي خدماتو څانگه) د نژاد، رنگ، قومي اصل، عمر، معيوبيت، يا جنسيت له امله خلک نه اخلي يا له هغوی سره توپير نه کوي.

د Department of Health Services (روغتيايي خدماتو څانگه):

- د معلوليت لرونکو خلکو لپاره وړيا مرستي او خدمتونه وړاندې کوي ترڅو له مور سره په اغيزمنه توگه اړيکه ونيسي، لکه:
  - د نښې ژبې ور ژباړونکي.
  - په نورو شکلونو کې ليکل شوي معلومات (لوی چاپ، آډيو، د لاسرسي ور بريننايي بڼه، نور فارمينونه).
- هغو خلکو ته چې لومړنۍ ژبه يې انگليسي نه وي د وړيا ژبې خدمتونه وړاندې کوي، لکه:
  - ور ژباړونکي.
  - معلومات په نورو ژبو ليکل کيږي.

که تاسو دې خدماتو ته اړتيا لرئ، د 844-201-6870 شميره د Department of Health Services (روغتيايي خدماتو څانگې) د مدني حقونو همغږي کونکي سره اړيکه ونيسئ.

که تاسو په دې باور ياست چې د Department of Health Services (روغتيايي خدماتو څانگه) د دې خدماتو په وړاندې کولو کې پاتې راغلی يا د نژاد، رنگ، ملي اصل، عمر، معلوليت يا جنسيت پر بنسټ په بل ډول تبعيض شوی، تاسو کولی شئ شکايت درج کړئ: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 844-201-6870, TTY: 711, بريننايک ته [dhscre@dhs.wisconsin.gov](mailto:dhscre@dhs.wisconsin.gov). تاسو کولی شئ شکايت په شخصي ډول يا د پوستي، فکس يا بريننايک له لارې ثبت کړئ. که تاسو د شکايت ثبتولو کې مرستي ته اړتيا لرئ، د Department of Health Services (روغتيايي خدماتو څانگې) د مدني حقونو همغږي کونکي ستاسو سره د مرستي لپاره شتون لري.

تاسو کولی شئ د U.S. Department of Health and Human Services (متحده ايالاتو د روغتيا او بشري خدماتو څانگې) سره د مدني حقونو شکايت ثبت کړئ، Office for Civil Rights (د مدني حقونو لپاره دفتر)، په الکترونيکي توگه د Office for Civil Rights (مدني حقونو د شکايتونو د دفتر) له لارې، دلته شتون لري <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>، يا د پوستي يا تلفون له لارې.

U.S. Department of Health and Human Services  
Independence Avenue, SW 200  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
(TDD) 800-537-7697, 800-368-1019

د شکايت فورمې په کې شتون لري <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

<p><b>Español (Spanish)</b> ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p><b>Deutsch (Pennsylvania Dutch)</b> Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetzscht, kannscht du ebber griege as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).</p>
<p><b>Hmoob (Hmong)</b> LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p><b>ພາສາລາວ (Laotian)</b> ເຊີນຊາຍ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p><b>繁體中文 (Traditional Chinese)</b> 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 844-201-6870 (TTY: 711)。</p>	<p><b>Français (French)</b> ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).</p>
<p><b>Deutsch (German)</b> ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p><b>Polski (Polish)</b> UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p><b>العربية (Arabic)</b> ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك بالمانج اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).</p>	<p><b>हिंदी (Hindi)</b> ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 844-201-6870 (TTY: 711) पर कॉल करें।</p>
<p><b>Русский (Russian)</b> ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).</p>	<p><b>Shqip (Albanian)</b> KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p><b>한국어 (Korean)</b> 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.</p>	<p><b>Tagalog (Tagalog – Filipino)</b> PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p><b>Tiếng Việt (Vietnamese)</b> CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p><b>Soomaali (Somali)</b> FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).</p>