

Family ID Number: \_\_\_\_\_

Participant Name(s): \_\_\_\_\_

## WIC का अधिकार तथा उत्तरदायित्वहरू

तपाईंले WIC का सहभागीका अधिकार तथा उत्तरदायित्वहरू बुझ्नुभएको छ भनी सुनिश्चित गर्न चाहन्छौं। तपाईंले WIC Farmers' Market Nutrition Program (FMNP) लाभहरू प्राप्त गर्नुहुन्छ भने तपाईं WIC अधिकार र जिम्मेवारीहरू पनि लागू हुन्छन्। FMNP का अधिकार तथा उत्तरदायित्वहरूमा FMNP का बिक्रेताहरूलाई आदर सम्मानपूर्ण व्यवहार गर्ने, किसानहरूका बजार लाभहरूमा निर्देशन दिइए अनुसार प्रयोग गर्ने र WIC कर्मचारीले दिएका निर्देशन अनुसार काम गर्ने लगायतका कुराहरू पर्दछन्।

### मेरा अधिकारहरू

- **WIC खानेकुरा:** यदि म WIC को लागि योग्य भएँ भने, मैले स्वस्थकर खानेकुराहरू किन्नका लागि eWIC कार्ड प्राप्त गर्नेछु। WIC ले हरेक सहभागीलाई आवश्यक केही खानेकुरा/फर्मुला उपलब्ध गराउँछ तर सबै भने होइन।
- **पोषण सम्बन्धी जानकारी:** मैले स्वस्थ खाना खाने र सक्रिय जीवनको बारेमा जानकारी प्राप्त गर्नेछु।
- **स्तनपान सहायता:** WIC ले मलाई स्तनपानमा मद्दत तथा सहायता गर्नेछ।
- **स्वास्थ्य स्याहार सम्बन्धी जानकारी:** मैले आफूलाई रुचि भएका खोप, स्वास्थ्य स्याहार र अन्य सेवाहरू फेला पार्ने बारेमा जानकारी प्राप्त गर्नेछु।
- **निष्पक्ष व्यवहार:** WIC प्राप्त गर्ने यी नियमहरू सबैका लागि समान छन्। यदि कसैले मलाई म sWIC मा हुन सकिदैन र म सहमत भइन भने मैले निष्पक्ष सुनुवाईको लागि अनुरोध गर्न सक्छु।
- **साधारण विनम्रता:** WIC र पसलका कर्मचारीले मलाई विनम्र र आदरपूर्ण व्यवहार गर्नुहुनेछ। यदि मलाई आदरपूर्वक व्यवहार गरिएन भने मैले WIC कर्मचारीलाई बताउन सक्छु।
- **स्थानान्तरण सम्बन्धी जानकारी:** मैले मेरो WIC अर्को क्लिनिक वा राज्यमा स्थानान्तरण गर्न सक्छु। मैले कागजात स्थानान्तरण गर्न अनुरोध गर्न सक्छु।
- **WIC पोषणसम्बन्धी कार्यक्रमले भेदभाव गर्दैन:**

संघीय नागरिक अधिकार कानून र अमेरिकी कृषि विभाग (USDA) को नागरिक अधिकार नियमावली र नीतिअनुसार यो संस्थाले नश्ल, रंग, राष्ट्रिय उत्पत्ति, लिंग (लैंगिक पहिचान र यौनिक झुकाव लगायत), अपाङ्गता, उमेर, वा पहिला गरेको नागरिक अधिकारसम्बन्धी गतिविधिको बदलाको कारणले कसैलाई भेदभाव गर्न पाउँदैन।

कार्यक्रमसम्बन्धी जानकारी अंग्रेजी बाहेकका भाषामा उपलब्ध गराउन सकिने छ। ब्रेल, टूलो प्रिन्ट, अडियोटेप, अमेरिकी सांकेतिक भाषा जस्ता वैकल्पिक ढाँचामा कार्यक्रमसम्बन्धी जानकारी चाहिने अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूले कार्यक्रम चलाउने सम्बन्धित राज्य स्तरीय वा स्थानीय एजेन्सीमा वा USDA को TARGET केन्द्रको टेलिफोन (202) 720-2600 (भाइस र TTY) मा वा संघीय रिले सेवाको टेलिफोन (800) 877-8339 मा सम्पर्क गर्नु पर्छ।

भेदभावसम्बन्धी उजुरी गर्न उजुरीकर्ताले AD-3027 फाराम, कार्यक्रमसम्बन्धी भेदभावको उजुरी फाराम भर्नु पर्छ। फाराम <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-nepali.pdf>, वा USDA को जुन सुके कार्यालयबाट वा (866)-632-9992 मा टेलिफोन गरेर वा USDA लाई पत्राचार गरेर प्राप्त गर्न सकिन्छ। यो पत्रमा उजुरीकर्ताको नाम, ठेगाना, टेलिफोन र नागरिक अधिकार सहायक सचिव (ASCR) लाई भेदभाव प्रकृति र मिति जस्ता कुराको जानकारी दिन सक्ने हिसाबको भेदभावको बारेमा पर्याप्त विवरण समावेश हुनु पर्छ। फाराम वा पत्र USDA लाई निम्न ठेगानामा पेश गरिनु पर्छ:

- (1) **पत्राचार:**  
U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410; वा
- (2) **फ्याक्स:**  
(833) 256-1665 वा (202) 690-7442; वा
- (3) **इमेल:**  
[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

यो संस्था समान अवसर प्रदान गर्न कटिबद्ध छ।

## साझा गरिएको जानकारी

तपाईंको जानकारीलाई निम्नमा साझा गर्न सकिनेछः

- यदि तपाईं स्थानान्तर गर्नुहुन्छ भने अन्य WIC कार्यक्रमहरूमा।
- तपाईंलाई सहायता गर्न सक्ने अन्य सार्वजनिक कार्यक्रमहरूमा। तपाईंले यी कार्यक्रमहरूको सूची हेर्नको लागि अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ।
- कानूनद्वारा आवश्यक भए अनुसार।

## मेरा उत्तरदायित्वहरू

म तल दिएका तथ्यहरूको सँचो र पूर्ण जानकारी दिन सहमत छुः

- मेरो पहिचान, गर्भावस्थाको स्थिति, स्तनपानको स्थिति, ठेगाना र फोन नम्बर।
- मेरो घरायसी आमदानी।
- मेरो घरमा बस्ने मानिसहरूको संख्या।
- Medicaid, FoodShare (फुड स्ट्याम्पहरू), TANF (Temporary Assistance to Needy Families) वा FDIPIR (Food Distribution Program on Indian Reservations) मा भएको।

म तलका नियमहरू पालना गर्ने सहमत छु। म निम्न दिएका कुराहरूको पालना गर्नेछुः

- प्रत्येक महिना एउटा मात्र WIC क्लिनिकबाट लाभहरू लिनेछु।
- हराएका वा चोरी भएको eWIC कार्ड वा WIC ब्रेस्ट पम्पलाई WIC कर्मचारीलाई रिपोर्ट गर्नेछु।
- मैले मेरो eWIC प्रयोग गर्न नाम दिएको कुनै पनि व्यक्तिलाई WIC का नियमहरू थाहा हुन्छ भन्ने सुनिश्चित गर्नेछु। मैले उहाँलाई eWIC कार्डलाई कसरी सही तरिकाले प्रयोग गर्ने भनेर सिकाउनेछु।
- आफ्नो WIC अपोइन्टमेन्टहरू पूरा गर्नेछु वा पुनः कार्यसूची बनाउनु परेमा क्लिनिकमा फोन गर्नेछु।
- WIC मा भएका व्यक्तिका लागि मात्र WIC खानेकुरा र फर्मुला प्रयोग गर्नुहोस् र संयुक्त संरक्षण, फोस्टर केयर इत्यादीको अवस्थामा WIC मा भएको व्यक्तिलाई नै खानेकुरा जाने सुनिश्चित गर्नुहोस्।
- मेरो eWIC कार्ड, WIC खानेकुरा वा फर्मुला वा ब्रेस्ट पम्प बिक्री गर्ने, फ्याक्ने वा अरुलाई दिने गर्ने छैन। यदि मसँग मैले प्रयोग गर्न नसक्ने WIC वस्तुहरू छन् भने, मैले ती वस्तुहरू क्लिनिकमा फिर्ता पठाउनेछु।
- eWIC कार्ड, WIC खानेकुरा वा फर्मुला वा ब्रेस्ट पम्पलाई पैसा, उधारो, रेन चेक्स वा अन्य वस्तुहरूसँग व्यापार गर्ने/विनिमय गर्ने वा फिर्ता गर्ने छैन।
- WIC वस्तुहरूलाई इन्टरनेटमा पोस्ट गर्नेछैन।
- WIC किनमेल मार्गदर्शकका नियमहरूको पालना गर्नेछु।
- WIC वा पसलका कर्मचारीलाई कसम खुवाउने, चिच्याउने, उत्पीडन गर्ने वा शारीरिक रूपमा हानी पुर्याउने काम नगर्ने।
- स्वयं चेकआउटका लेनहरू हुँदा बाहेक यदि म WIC को आधिकारिक पसमा रोजगारमा छु भने मेरो आफ्नो कारोबार पूरा नगर्ने।

सम्झौता: म WIC मा हुनका लागि निम्न कुराहरूमा सहमत छुः

- मैले WIC लाई दिएका सबै जानकारी सत्य छन् यदि कुनै परिवर्तनहरू भएमा मैले WIC कर्मचारीहरू तुरुन्तै बतान्नेछु।
- WIC मेरो घरायसी आकार र मेरो घरायसी आमदानीका सबै स्रोतहरूलाई प्रमाणित गर्न सक्नेछन्।
- यदि मैले WIC का नियमहरू उल्लङ्घन गर्ने भने, म वा मेरो बच्चा WIC बाट बाहिरन सक्नेछौं।
- यदि मैले झूठो बोलेँ वा तथ्यहरू WIC लाई लुकाएँ वा मा दिएका ब्रेस्ट पम्पहरू फिर्ता गरिनँ भने, मैले WIC लाई ती वस्तुहरूको नगद मूल्य भुक्तानी गर्नुपर्ने हुनसक्छ।
- WIC एउटा संघीय सहायता कार्यक्रम हो। यदि मैले WIC नियमहरूको उल्लङ्घन गर्ने भने मलाई राज्य र सङ्घीय कानून अन्तर्गत देवानी वा फौजदारी अभियोग लगाउन सकिनेछ।

मैले यो फाराम पढेको छु वा WIC का कर्मचारीले मलाई यो फाराम पढेर सुनाउनुभएको छ। म माथिका नियमहरू र सम्झौता बुझ्दछु र सहमत छु र मैले यी अधिकार तथा उत्तरदायित्वहरूको प्रतिलिपि WIC को किनमेल पुस्तिकामा प्राप्त गरेको छु।

हस्ताक्षर – सहभागी/आमाबुवा/अभिभावक/स्याहारकर्ता

हस्ताक्षर मिति