

# मेरील्याण्ड (Maryland) महिला, शिशु र बालबालिका (WIC) (Women, infants and children) कार्यक्रम सहभागी अधिकार र जिम्मेवारीहरू

## मेरो अधिकार

- **WIC (Women, infants and children) खाद्य पदार्थ:** म स्वस्थ खाना किन्नको लागि खाद्य उपकरण (eWIC कार्ड) प्राप्त गर्नेछु।
- **पोषण जानकारी:** म स्वस्थ भोजन र सक्रिय जीवनको बारेमा जानकारी प्राप्त गर्नेछु।
- **स्तनपान समर्थन:** WIC ले मलाई स्तनपानमा मद्दत र समर्थन गर्नेछ।
- **स्वास्थ्य हेरचाह सम्बन्धी जानकारी:** मलाई आवश्यक पर्ने खोप र अन्य सेवाहरूको बारेमा जानकारी प्राप्त गर्नेछु।
- **उचित उपचार:** WIC को लागि आवेदन गर्ने नियमहरू सबैका लागि समान छन्। यदि कसैले मलाई भन्छ कि म WIC मा हुन सकिदिन र म सहमत छैन भने म निष्पक्ष सुनुवाइको लागि WIC कर्मचारीको लागि सोध्न सक्छु।
- **सामान्य शिष्टाचार:** WIC र स्टोर स्टाफले मलाई शिष्टाचार र सम्मानको साथ व्यवहार गर्नेछन्। म WIC कर्मचारीहरूलाई भन्न सक्छु कि यदि मलाई सम्मानको साथ व्यवहार गरिएन भने म उजुरी दायर गर्न चाहन्छु। म तलको ठेगानामा USDA मा उजुरी पनि दर्ता गर्न सक्छु।
- **सूचना स्थानान्तरण:** यदि म अन्तै जादैं छु भने, म मेरो WIC लाई अर्को राज्यमा सार्न सक्छु। म मेरो साथ मा लान को लागी स्थानान्तरण कागजीको लागी सोध्न सक्छु।

## मेरो जिम्मेवारी म बुझ्छु कि:

- WIC ले एक महिनाको लागि आवश्यक सबै खाना वा सूत दिँदैन र अप्रयुक्त लाभहरू अर्को महिनासम्म पुग्दैन।
- यदि मैले मेरो eWIC कार्ड गुमाएँ भने यसलाई पुनःपाउन सकिन्छ। यदि मैले नयाँ eWIC कार्ड प्राप्त गर्नु अघि मेरो खाद्य लाभहरू समाप्त भयो भने, लाभहरू प्रतिस्थापन गरिने छैन।
- मैले WIC कार्यक्रमलाई प्रदान गर्ने जानकारी संघीय सहायता प्राप्तिको सम्बन्धमा पेश भइरहेको छ। कार्यक्रमका अधिकारीहरूले उनीहरूलाई प्रदान गरिएको जानकारी पुष्टि गर्न सक्छन्।
- WIC सहभागीको पहिचान गर्ने जानकारी कार्यक्रमको प्रशासन, प्रवर्तन, वा लेखापरीक्षणसँग प्रत्यक्ष रूपमा सम्बन्धित व्यक्तिहरूलाई जारी गरिनेछ।
- Maryland डिपार्टमेन्ट अफ हेल्थका सचिवले WIC कार्यक्रमका लागि योग्य व्यक्तिहरूको सेवा गर्ने सार्वजनिक संस्थाका प्रतिनिधिहरूलाई सूचना जारी गर्ने अधिकार दिन सक्छन्। यी संस्थाहरूको सूची WIC कार्यक्रमको अनुरोधमा उपलब्ध छ।
- संगठनहरूलाई जारी गरिएको जानकारी केवल कार्यक्रमहरूको लागि WIC सहभागीहरूको योग्यता निर्धारण गर्ने उद्देश्यका लागि प्रयोग गरिनेछ जुन यसले सञ्चालन गर्दछ, त्यस्ता कार्यक्रमहरूको लागि WIC सहभागीहरूलाई आउटरीच सञ्चालन गर्दछ, स्वास्थ्य हेरचाह आवश्यकताहरू र WIC सहभागीहरूको परिणामहरूको लागि राज्यको जवाफदेहीताको मूल्यांकन गर्दछ, वा ती कार्यक्रमहरूमा भाग लिने प्रक्रियाहरू सरल बनाउन।

## म तलका नियमहरू पालन गर्न सहमति जनाउछु। म गर्छु:

- जहिले पनि प्रत्येक क्लिनिक भ्रमणको लागि मेरो पहिचानको प्रमाण (ID) ल्याउनुछु।
- WIC कार्यक्रमद्वारा अनुरोध गरिएका सबै कागजातहरू समयमै प्रदान गर्छु।
- WIC मा व्यक्तिको लागि मात्र WIC खाद्य पदार्थ र सूत प्रयोग गर्छु।
- निर्देशन अनुसार हराएको, चोरी भएको, वा क्षतिग्रस्त eWIC कार्डहरू रिपोर्ट गर्छु।
- सुनिश्चित गर्छु कि मैले मेरो लाभहरू प्रयोग गर्न नाम दिएको कुनै पनि व्यक्ति WIC अधिकार र जिम्मेवारीहरू जान्दछ। म तिनीहरूलाई मेरो फाइदाहरू कसरी सही तरिकाले प्रयोग गर्ने भनेर सिकाउनेछु।
- मेरो WIC अपोइन्टमेन्टहरू राख्छु वा क्लिनिकलाई पुनः निर्धारित गर्न कल ट गर्छु। यदि मैले लगातार दुई पटक लाभहरू लिन असफल भएँ भने मलाई कार्यक्रमबाट हटाउन सकिन्छ।
- मेरो eWIC कार्ड, खाद्य पदार्थ, वा पैसा, क्रेडिट, वर्षा चेक वा अन्य वस्तुहरूको लागि सूत बेच्न, दिन वा व्यापार गर्ने छैन। यदि मसँग WIC वस्तुहरू छन् जुन म प्रयोग गर्न सकिदिन, म तिनीहरूलाई क्लिनिकमा फिर्ता गर्नेछु।
- इन्टरनेटमा बिक्री वा व्यापारको लागि WIC वस्तुहरू पोस्ट गर्ने छैन।
- WIC वा स्टोर कर्मचारीहरूलाई कसम खाने, चिच्याउने, उत्पीडन गर्ने, धम्की दिने वा शारीरिक रूपमा हानि पुर् याउने छैन; वा WIC वा स्टोर सम्पत्तिको क्षति।
- कानुनी वा तोकिएको हेरचाहमा नभएको बच्चालाई भर्ना गर्ने छैन।
- एक भन्दा बढी राज्यहरूमा WIC मा भर्ना गर्ने छैन वा प्रत्येक महिना एक भन्दा बढी WIC क्लिनिकबाट लाभ प्राप्त गर्ने छैन।

## म सत्य र पूर्ण जानकारी दिन सहमत छु:

- मेरो पहिचान, गर्भावस्था को स्थिति र ठेगाना।
- मेरो घरमा बस्ने मानिसहरूको संख्या।

- मेरो घरमा बस्ने सबै मानिसहरूको कुल आमदानी।
  - मेडिकेडमा हुनु, Maryland पूरक पोषण सहायता कार्यक्रम(SNAP)(Maryland Supplemental Nutrition Assistance Program), जसलाई खाद्य टिकट वा SNAP, वा अस्थायी नगद सहायता (TCA)(Temporary Cash Assistance) पनि भनिन्छ।
- जीवन परिस्थितिहरूमा सबै परिवर्तनहरू (उदाहरणका लागि, म WIC लाई सूचित गर्नेछु यदि मेरो आय वा परिवारको संख्यामा परिवर्तन छ वा यदि म कतै सर्छु भने )।

**WIC प्रणालीमा मेरो हस्ताक्षरको अर्थ यो हो कि:**

- मैले योग्यता निर्धारणको लागि उपलब्ध गराएको जानकारी मेरो जानकारी अनुसार सही छ।
- म बुझ्छु र सहमत छु कि जानीजानी झुठो वा भ्रामक बयान दिनु वा गलत तरिकाले प्रस्तुत गर्नु, लुकाउनु, वा तथ्यहरू लुकाउनुको परिणामस्वरूप मैले WIC कार्यक्रमलाई नगदमा भुक्तनी गर्न पर्छ, खाद्य लाभको मूल्य अनुचित रूपमा मलाई जारी गरिएको छ र मलाई राज्य र संघीय कानून अन्तर्गत नागरिक वा आपराधिक अभियोजनको अधीनमा राख्न सक्छ र WIC कार्यक्रमबाट अयोग्य हुन सक्छु।
- म मेरो परिवारको लागि खाद्य उपकरण (eWIC कार्ड) जारी गरिएको छ, वा जारी गरिनेछ।
- मैले WIC को बारेमा मसँग भएका कुनै पनि प्रश्नहरू सोधेको छु र तिनीहरूको जवाफ दिइएको छ।
- मेरो अधिकार र जिम्मेवारी के हो भन्ने मैले बुझेको छु।
- म बुझ्छु कि यदि मैले मेरो जिम्मेवारीहरू पालन गर्न असफल भएँ भने म WIC कार्यक्रमबाट अयोग्य हुन सक्छु।

The following participants were certified on \_\_\_\_\_

# 1 _____	# 3 _____
# 2 _____	# 4 _____

\_\_\_\_\_  
Signature of Applicant/Parent/Guardian/Designee

\_\_\_\_\_  
Signature of WIC Staff

**For Manual Certifications Only:**

**Income Determination**

**Nutrition Risk Determination**

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Signature

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA’s TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant’s name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by:

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

(2) fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or

(3) email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

This institution is an equal opportunity provider.