

အမျိုးသမီးများ၊ မွေးကင်းစကလေးများနှင့် ကလေးများ (WIC) / ကွန်ဖရင့်မျှတသည့်ကြားနာခြင်းတောင်းဆိုချက် (Conference/Fair Hearing Request)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Division of Nutrition

Hearing Request

WIC အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီရန် သင်သည် -

ဖြစ်ရမည်မှာ-

- ကိုယ်ဝန်ဆောင်အမျိုးသမီး၊
- လွန်ခဲ့သည့်ခြောက်လက ကလေးမွေးဖွားခဲ့သူ အမျိုးသမီး၊
- အသက်တစ်နှစ်အထိအရွယ်ရှိ ကလေးငယ်ကို နို့ချိုတိုက်ကျွေးနေသော မိခင်၊
- မွေးကင်းစကလေးငယ် သို့မဟုတ်အသက်ငါးနှစ်အထိသော ကလေး၊
- နယူးယောက်ပြည်နယ်တွင် နေထိုင်သည်၊
- ဖက်ဒရယ်အစိုးရမှ သတ်မှတ်ထားသည့် ဆင့်များတွင် သို့မဟုတ် ၎င်းအောက်တွင် ဝင်ငွေရရှိမှု သို့မဟုတ် အစားအစာတံဆိပ်တိုးများ(SNAP) ၊ Medicaid သို့မဟုတ် လိုအပ်နေသည့်မိသားစုများအတွက် ယာယီကူညီမှု (TANF) ထံမှ အကျိုးခံစားခွင့်များရရှိမှု၊
- ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် အာဟာရဆိုင်ရာ လိုအပ်ချက်ရှိနေမှု၊
- အထောက်အထားသက်သေရှိနေမှု။

အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် သင်၏လျှောက်ထားမှုမှာ ပြောင်းလဲသွားပါက သို့မဟုတ် သင်၏အကျိုးခံစားခွင့်များ ရပ်သွားပါက ဆုံးဖြတ်ချက်ကို ပြောင်းလဲရန် အယူခံ (အစည်းအဝေးအတွက် တောင်းဆိုနိုင်မည်ဖြစ်ပါသည်။ ဤအစည်းအဝေးကို ကွန်ဖရင့်ဟု ခေါ်ဆိုပါသည်။ ပြဿနာမှာ ကွန်ဖရင့်တွင် မပြေလည်ပါက သင့်တွင် မျှတသည့်ကြားနာခြင်းအတွက် လုပ်ပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။ မျှတသည့်ကြားနာခြင်းသည် သင့်အနေဖြင့် အဘယ်ကြောင့် ဆုံးဖြတ်ချက်မှားယွင်းသည်ဟု ထင်မြင်ရသည်ကို တရားသူကြီးအားပြောပြရန် အခွင့်အလမ်းပင်ဖြစ်ပါသည်။

ကွန်ဖရင့်

သင်၊ သို့မဟုတ် သင့်အတွက်ပြောဆိုပေးသည့် တစ်စုံတစ်ဦးသည် ကွန်ဖရင့်အတွက် WIC ဒေသတွင်းအေဂျင်စီကို လူကိုယ်တိုင် သို့မဟုတ် စာဖြင့် (တောင်းဆိုနိုင်မည်ဖြစ်ပါသည်။ သင်၏လျှောက်ထားမှု ပြောင်းလဲသွားသည့်အခါ သို့မဟုတ် သင်၏အကျိုးခံစားခွင့်များ ရပ်သွားပြီဖြစ်ကြောင်း သင့်အား ပြောကြားလာသည့်အခါ သင်သည် ခုနစ်ရက်အတွင်း အစည်းအဝေးကို တောင်းဆိုရမည်ဖြစ်ပါသည်။ သင်သည် ခုနစ်ရက်အတွင်း တောင်းဆိုခြင်းမရှိပါက သင်သည် ကွန်ဖရင့်အခွင့်အရေးကို ဆုံးရှုံးမည်ဖြစ်ပါသည်။

တောင်းဆိုပြီးသည့်နောက် WIC ဒေသတွင်းအေဂျင်စီသည် ကွန်ဖရင့်၏ နေ့စွဲ၊ အချိန်နှင့် တည်နေရာတို့ကို အသိပေးမည်ဖြစ်ပါသည်။ သင်၊ သို့မဟုတ် သင့်အတွက်ပြောဆိုပေးသည့် တစ်စုံတစ်ဦးသည် ကွန်ဖရင့်တွင် သင့်ဘက်မှ ပြောကြားမည်ဖြစ်ပါသည်။ သင့်အတွက်ပြောကြားပေးသည့်သူမှာ ဆွေမျိုး၊ မိတ်ဆွေ၊ ရှေ့နေ သို့မဟုတ် အခြားသူ ဖြစ်နိုင်ပါသည်။ ကွန်ဖရင့်ကို သင်တောင်းဆိုပြီး ဆယ်ရက်အတွင်း ကျင်းပရမည်ဖြစ်ပါသည်။

ကွန်ဖရင့်တွင် သင်သည် အဘယ်ကြောင့် သင်၏လျှောက်ထားမှု ပြောင်းလဲသွားရကြောင်း သို့မဟုတ် သင်၏အကျိုးခံစားခွင့်များ ရပ်သွားရကြောင်းကို မေးမြန်းနိုင်မည်ဖြစ်ပါသည်။ သင်သည် သင့်ဖိုင်ရှိ အချက်အလက်များကိုကြည့်ရန် တောင်းဆိုနိုင်မည်ဖြစ်ပါသည်။ သင်သည် အေဂျင်စီ၏ဆုံးဖြတ်ချက်မှာ မှားယွင်းကြောင်း ပြသသည့် အချက်အလက်ကိုလည်း ယူလာနိုင်မည်ဖြစ်ပါသည်။

မျှတသည့်ကြားနာခြင်း

သင်၊ သို့မဟုတ် သင့်အတွက်ပြောဆိုပေးသည့် တစ်စုံတစ်ဦးသည် မျှတသည့်ကြားနာခြင်းကို လူကိုယ်တိုင် သို့မဟုတ် စာဖြင့် (တောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ သင်၏လျှောက်ထားမှု ပြောင်းလဲသွားသည့်အခါ သို့မဟုတ် သင်၏အကျိုးခံစားခွင့်များ ရပ်သွားပြီဖြစ်ကြောင်း သင့်အား ပြောကြားလာသည့်အခါ သင်သည် ရက်ပေါင်း 60 အတွင်းကြားနာခြင်းကို တောင်းဆိုရမည်ဖြစ်ပါသည်။ သင်သည် ရက်ပေါင်း 60 အတွင်း တောင်းဆိုခြင်းမရှိပါက သင်သည် မျှတသည့်ကြားနာခြင်း အခွင့်အရေးကို ဆုံးရှုံးမည်ဖြစ်ပါသည်။

အသိအမှတ်ပြုမှုကာလမှာ WIC အကျိုးခံစားခွင့်များကို သင်မည်မျှကြာအောင်ရရှိမည်ဆိုခြင်း ဖြစ်ပါသည်။ သင်၏အကျိုးခံစားခွင့်များမှာ အသိအမှတ်ပြုမှုကာလအလယ်တွင် ရပ်သွားပြီး 15 ရက်အတွင်း ကြားနာခြင်းကို တောင်းဆိုပါက သင်၏ WIC အကျိုးခံစားခွင့်များသည် ကြားနာခြင်းရလဒ်ကို သိရှိရသည်အထိ သို့မဟုတ် အသိအမှတ်ပြုမှုကာလအဆုံးအထိ မည်သည့်တစ်ခု အရင်ဖြစ်ပွားသည်ဖြစ်စေ၊ ဆက်ရှိနေမည်ဖြစ်ပါသည်။

WIC ဒေသတွင်း အေဂျင်စီထံ ကြားနာမှုကို တောင်းဆိုပါ။ ဝန်ထမ်းမှ သင့်အား ကူညီမည်ဖြစ်ပါသည် (သို့မဟုတ် NYS WIC ဝန်ထမ်းကို ဆက်သွယ်ပါ။

မေးလ်:	WIC Program Director	ဖုန်း-	(518) 402-7093
	NYSDOH, Riverview Center	ဖက်စ်-	(518) 402-7348 ၊ သို့မဟုတ်
	Room 650, 150 Broadway,	အီးမေးလ်-	NYSWIC@HEALTH.NY.GOV
	Albany, NY 12204		

ကြားနာခြင်း၏ နေ့စွဲ၊ အချိန်နှင့် တည်နေရာတို့ကို သင့်အားပို့ပေးမည်ဖြစ်ပါသည်။ မျှတသည့်တရားသူကြီးမှ ကြားနာခြင်း၏ကြီးကြပ်သူဖြစ်မည်ဖြစ်ပါသည်။ အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် သင်၏ လျှောက်ထားမှုမှာ ပြောင်းလဲရန် သို့မဟုတ် သင်၏အကျိုးခံစားခွင့်များ ရပ်လိုက်ရန် ဆုံးဖြတ်ချက်မှာ မှန်ကန်ပါက တရားသူကြီးမှ ဆုံးဖြတ်မည်ဖြစ်ပါသည်။ သင်၊ သို့မဟုတ် သင့်အတွက်ပြောဆိုပေးသည့် တစ်စုံတစ်ဦးသည် ကြားနာခြင်းတွင် သင့်ဘက်မှ ပြောကြားမည်ဖြစ်ပါသည်။ သင့်အတွက်ပြောကြားပေးသည့်သူမှာ ဆွေမျိုး၊ မိတ်ဆွေ၊ ရှေ့နေ သို့မဟုတ် အခြားသူ ဖြစ်နိုင်ပါသည်။

ကြားနာခြင်းမတိုင်မီ သို့မဟုတ် ကြားနာခြင်းအတောအတွင်း သင်၊ သို့မဟုတ် သင့်အတွက်ပြောဆိုပေးသည့် တစ်စုံတစ်ဦးသည် သင်သဘောတူသည့်ဆုံးဖြတ်ချက်အား အဘယ်ကြောင့်ချမှတ်ရသည်ကို ပြသသည့် အချက်အလက်ကို ကြည့်ရမည်ဖြစ်ပါသည်။ ကြားနာမှုအတောအတွင်းတွင် သင်သည် စကားပြောဆိုခြင်း၊ မျက်မြင်သက်သေနှင့် သက်သေယူလာခြင်း၊ သင် ကြားသိ သို့မဟုတ် တွေ့မြင်ရသည် မှားယွင်းမှုကို မေးမြန်းခြင်း သို့မဟုတ် သက်သေပြခြင်း၊ နှင့် မျက်မြင်သက်သေကို မေးမြန်းခြင်းတို့ ပြုလုပ်နိုင်မည်ဖြစ်ပါသည်။ ကြားနာခြင်းကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားဖြင့် ပြုလုပ်မည်ဖြစ်ပါသည်။ သင်သည် စကားပြန်လိုအပ်ပါက ကြားနာခြင်းမတိုင်မီ အနည်းဆုံးဆယ်ရက်ကြို၍ ဌာနထံ တောင်းဆိုပါက စကားပြန်တစ်ဦးကို အခမဲ့ပို့ပေးမည်ဖြစ်ပါသည်။ သင်သည် လူကိုယ်တိုင် သို့မဟုတ် ရှေ့နေဖြင့် ကြားနာခြင်းထံ သွားရောက်ခြင်းမရှိပါက သင်၏ကြားနာခြင်းရပိုင်ခွင့်မှာ ပြီးဆုံးသွားမည်ဖြစ်ပါသည်။

ထပ်တိုးအချက်အလက်များအတွက် CFR § 246.7; 7 CFR § 246.9; 10 CRR-NY 60-1.1 to 1.6; NYS WIC 7 ဝန်ထမ်းလက်စွဲစာအုပ် 1136# ,1130# ,1100# ,1047# အား ကိုးကားပါ။

အမျိုးသမီးများ၊ မွေးကင်းစကလေးများနှင့် ကလေးများ (WIC) /ကွန်ဖရင့်မှုတသည့်ကြားနာခြင်းတောင်းဆိုချက်

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Division of Nutrition

(Fair Hearing Request)

အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် သင်၏လျှောက်ထားမှုမှာ ပြောင်းလဲသွားပါက သို့မဟုတ် သင်၏အကျိုးခံစားခွင့်များ ရပ်သွားပါက သင်သည် မျှတသည့်ကြားနာခြင်းကို ရယူခွင့်ရှိပါသည်။ မျှတသည့်ကြားနာခြင်းသည် သင့်အနေဖြင့် အဘယ်ကြောင့် ဆုံးဖြတ်ချက်များယွင်းသည်ဟု ထင်မြင်ရသည်ကို တရားသူကြီးအားပြောပြရန် အခွင့်အလမ်းပင်ဖြစ်ပါသည်။ သင်၏လျှောက်ထားမှု ပြောင်းလဲသွားသည့်အခါ သို့မဟုတ် သင်၏အကျိုးခံစားခွင့်များ ရပ်သွားပြီဖြစ်ကြောင်း သင့်အား ပြောကြားလာသည့်အခါ သင်သည် ရက်ပေါင်း 60 အတွင်းကြားနာခြင်းကို တောင်းဆိုရမည်ဖြစ်ပါသည်။ သင်သည် ရက်ပေါင်း 60 အတွင်း တောင်းဆိုခြင်းမရှိပါက သင်သည် မျှတသည့်ကြားနာခြင်း အခွင့်အရေးကို ဆုံးရှုံးမည်ဖြစ်ပါသည်။

အသိအမှတ်ပြုမှုကာလမှာ WIC အကျိုးခံစားခွင့်များကို သင်မည်မျှကြာအောင်ရရှိမည်ဆိုခြင်း ဖြစ်ပါသည်။ သင်၏အကျိုးခံစားခွင့်များမှာ အသိအမှတ်ပြုမှုကာလအလယ်တွင် ရပ်သွားပြီး 15 ရက်အတွင်း ကြားနာခြင်းကို တောင်းဆိုပါက သင်၏ WIC အကျိုးခံစားခွင့်များသည် ကြားနာခြင်းရလဒ်ကို သိရှိရသည်အထိ သို့မဟုတ် အသိအမှတ်ပြုမှုကာလအဆုံးအထိ မည်သည့်တစ်ခု အရင်ဖြစ်ပွားသည်ဖြစ်စေ ဆက်ရှိနေမည်ဖြစ်ပါသည်။

WICဒေသတွင်း အေဂျင်စီထံ ကြားနာမှုကို တောင်းဆိုပါ။ ဝန်ထမ်းမှ သင့်အား ကူညီမည်ဖြစ်ပါသည် (သို့မဟုတ် NYS WIC ပရိုဂရမ်ကို ဆက်သွယ်ပါ-

မေးလ်: WIC Program Director ဖုန်း- (518) 402-7093
NYSDOH, Riverview Center ဖက်စ်- (518) 402-7348 ၊ သို့မဟုတ်
Room 650, 150 Broadway, အီးမေးလ်- NYSWIC@HEALTH.NY.GOV
Albany, NY 12204

အောက်ပါအချက်အလက်များကို ပြည့်စုံအောင် ဖြည့်စွက်ပေးပါ

နေ့စွဲ _____

လျှောက်ထားသူ /ပါဝင်သူအမည်) ပုံနှိပ်(_____

လိပ်စာ _____ WIC ID #)အသုံးပြုနိုင်ပါက(_____

_____ တယ်လီဖုန်း (_____) _____

ဒေသတွင်းအေဂျင်စီအမည် _____

လိပ်စာ _____ တယ်လီဖုန်း (_____) _____

ကြားနာခြင်းတောင်းဆိုမှုအတွက် အကြောင်းပြချက်) ရွေးချယ်နိုင်သည်(_____

ဖက်ဒရယ် ပြည်သူ့ဆိုင်ရာ ရပိုင်ခွင့်များဥပဒေနှင့် .USလယ်ယာစိုက်ပျိုးရေးဌာန (USDA) ပြည်သူ့ဆိုင်ရာ ရပိုင်ခွင့်များအတွက် စည်းမျဉ်းများနှင့် မူဝါဒများအရ USDA ၊ ၎င်း၏အေဂျင်စီများ၊ ရုံးများ၊ နှင့် ဝန်ထမ်းများ၊ နှင့် USDA ပရိုဂရမ်များတွင် ပါဝင်နေသော သို့မဟုတ် စီမံခန့်ခွဲနေသော ထူထောင်မှုများအား USDA မှ ဆောင်ရွက် သို့မဟုတ် ငွေကြေးမတည်ထားသည့် ပရိုဂရမ် သို့မဟုတ် ဆောင်ရွက်ချက် တစ်စုံတစ်ရာတွင် ကနဦး ပြည်သူ့ဆိုင်ရာ ရပိုင်ခွင့်များ ဆောင်ရွက်ချက်အတွက် လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ ဇစ်မြစ်၊ လိင်၊ မသန်စွမ်းမှု၊ အသက် သို့မဟုတ် လက်စားချေမှု သို့မဟုတ် လက်တုံ့ပြန်မှုတို့ပေါ်တွင် အခြေခံကာ ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်းအား တားမြစ်ထားပါသည်။

ပရိုဂရမ်သတင်းအချက်အလက်အတွက် ဆက်သွယ်ဆက်ဆံရာတွင် အကူအညီလိုအပ်သည့် မသန်စွမ်းသူများသည်) ဥပမာ၊ မျက်မမြင်စာ၊ ပုံနှိပ်စာအကြီး၊ အသံတိပ်ခွေ၊ အမေရိကန် ခြေဟန်လက်ဟန် ဘာသာစကား၊ စသည်ဖြင့် (အကျိုးခံစားခွင့်များအတွက် ၎င်းတို့လျှောက်ထားသည့်နေရာ အေဂျင်စီ) ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဒေသတွင်း (ကို ဆက်သွယ်သင့်ပါသည်။ အကြားအာရုံချို့တဲ့နေသော၊ ကြားရန် ခက်ခဲနေသော သို့မဟုတ် စကားပြောဆိုမှုဆိုင်ရာ ချို့တဲ့နေသူ တစ်ဦးချင်းစီသည် Federal Relay Service ထံ 8339-877 (800) မှတစ်ဆင့် USDA သို့ ဆက်သွယ်နိုင်မည်ဖြစ်ပါသည်။ ထို့အပြင် ပရိုဂရမ် သတင်းအချက်အလက်များအား အင်္ဂလိပ်စာမဟုတ်သည့် အခြားဘာသာစကားများတွင် ရရှိနိုင်အောင် ပြုလုပ်ထားမည်ဖြစ်ပါသည်။

ပရိုဂရမ်နှင့်ပတ်သက်၍ ခွဲခြားဆက်ဆံသည့်တိုင်ကြားချက်ကို တင်ပြရန် ဖော်ပြပါတွင် USDA ပရိုဂရမ် ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်း တိုင်ကြားချက်ဖောင် (AD-3027) ကို အွန်လိုင်းတွင် ဖြည့်စွက်ပါ - http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html ထို့နောက် မည်သည့် USDA ရုံးတွင်မဆို သို့မဟုတ် USDA ထံလိပ်မူသည့်စာရေးသားကာ စာထဲတွင် ဖောင်ထံ၌တောင်းဆိုထားသည့် သတင်းအချက်အလက်အားလုံးကို ထည့်သွင်းဖော်ပြပေးပါ။ တိုင်ကြားဖောင်မိတ္တူကို ရယူတောင်းဆိုရန် 9992-632 (866) ထံ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။ သင်၏ အပြည့်အစုံဖြည့်စွက်ထားသည့်ဖောင် သို့မဟုတ် စာကို USDAထံ အောက်ပါသို့ တင်ပြပေးပါ-

အီးမေးလ်- U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, Independence Avenue, SW 1400 .Washington, D.C.20250-9410;
ဖက်စ်- (202) 690-7442; သို့မဟုတ်
မေးလ်: program.intake@usda.gov

ဤအဖြေအစည်းသည် အခြေခံအရေး တန်းတူညီမျှ ဝေးအယူညွှန် အဖြေအစည်း ဖြစ်ပါသည်။