بخش بهداشت ایالت نیویورک
بخش تغذیه/برنامه WIC

فرم مجوز

For Office Use Only

Validation Date: _____

Void Date: _____

Participant's Initials: _____

اگر می خواهید شخص دیگری را به عنوان نماینده خود برای زمان هایی که قادر نیستید در قرارملاقات های WIC یا بازخرید وسایل خوراک حضور یابید معرفی کنید، لطفاً ولی/همسر/شریک، نماینده یا وکیل را بررسی کنید. می توانید دو نفر را به عنوان نماینده انتخاب کنید اما ضروری نیست.

این فرم برای صدور سوابق WIC مجاز نیست.

نام (های) شرکت کننده	WIC شماره های شناسایی خصوصی

☐ ولی/همسر/شریک

- با ثبت نام ولی/همسر/شریک، هر سه حقوق یکسانی در برنامه WIC دارند
- می توانند کار خود را در اختیار نماینده یا وکیل قرار دهند.
- می توانند همه فرم های لازم را امضاء کنند
- می توانند در قرارملاقات های مجوز به عنوان نماینده شما باشند
- می توانند در قرارملاقات های مجوز فرزندانتان نماینده شما باشند
- می توانند در قرارملاقات های آموزش تغذیه نماینده شما باشند و/یا فرزند شما باشند
- می توانند وسایل خوراک شما را انتخاب یا بازخرید کنند

☐ نماینده

- شخصی باید مسئول مراقبت های اولیه شرکت کننده باشد و بتواند اطلاعات عادات غذایی و شرایط پزشکی شرکت کننده (گان) را ارائه دهد
- می توانند همه فرم های لازم را امضاء کنند
- می توانند در قرارملاقات های مجوز فرزندانتان نماینده شما باشند
- می توانند در قرارملاقات های آموزش تغذیه نماینده شما و/یا فرزند شما باشند
- می توانند وسایل خوراک شما را انتخاب یا بازخرید کنند

☐ وکیل

- می توانند در قرارملاقات های آموزش تغذیه نماینده شما و/یا فرزند شما باشند
- می توانند وسایل خوراک شما را انتخاب یا بازخرید کنند

Verification of Correct Information

Initial/Date	Initial/Date
Initial/Date	Initial/Date
Initial/Date	Initial/Date
Initial/Date	Initial/Date

امضاء تاریخ

نام (لطفاً چاپ کنید)

آدرس آپارتمان #

شهر ایالت کدپستی

تلفن #

بنده قوانین و مقررات برنامه WIC را به ولی/همسر/شریک، نماینده یا وکیل مجاز ذکر شده در فوق توضیح داده ام از جمله استفاده صحیح از وسایل تغذیه در مکان های خرید. من مطلع هستم که در برابر استفاده نادرست یا کلاه برداری اشخاص نامبرده در برنامه WIC مسئول هستم.

امضای شرکت کننده/ولی/قیم(تنها بعد از تکمیل فرم امضاء کنید) تاریخ