

Vermont WIC အွန်လိုင်း လျှောက်လွှာ

WIC အတွက် အရည်အချင်းပြည့်မီရန် အောက်ပါ လိုအပ်ချက်များနှင့် ကိုက်ညီရမည် -

1. အောက်ပါ အမျိုးအစားများမှ တစ်ခုခုနှင့် ကိုက်ညီရမည်။
 - ကိုယ်ဝန်ဆောင်တစ်ဦး
 - လွန်ခဲ့သော 6 လအတွင်း ကိုယ်ဝန်ရှိခဲ့သူတစ်ဦး
 - 12 လအထိရှိသော နို့စို့ကလေးနှင့် မိခင်နို့တိုက်ခြင်း/နို့တိုက်ခြင်း ရှိသူတစ်ဦး
 - နို့စို့ကလေး သို့မဟုတ် အသက် 5 နှစ်ထိ အရွယ်ရှိ ကလေးငယ်တစ်ဦး (မိဘ သို့မဟုတ် ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုပေးသူမှ လျှောက်ထားခြင်း)
2. Vermont တွင် နေထိုင်သူတစ်ဦးဖြစ်ရမည်
3. ဝင်ငွေလမ်းညွှန်ချက်များနှင့် ကိုက်ညီရမည် သို့မဟုတ် Medicaid/Dr. Dynasaur, 3SquaresVT (SNAP), TANF (အကူအညီလိုအပ်သော မိသားစုများအတွက် ယာယီ အကူအညီ) သို့မဟုတ် မှီခိုသူ ကလေးများရှိသော မိသားစုများ အစီအစဉ်တွင် ပါဝင်ရမည်။

ဤဖောင်ကို ဖြည့်သွင်းရန် 10 မိနစ်အောက်သာ လိုအပ်သည်။ ဤလျှောက်လွှာနှင့် ပတ်သက်၍ အကူအညီ လိုအပ်ပါက သို့မဟုတ် နေရာထိုင်ခင်း တောင်းဆိုလိုပါက ကျေးဇူးပြု၍ ကျွန်ုပ်တို့ကို WIC@vermont.gov သို့မဟုတ် 802-863-7333 တွင် ဆက်သွယ်ပါ။

သင့်လျှောက်ထားမှုကိုစတင်ရန် ဤအဆင့်များကို လိုက်နာပါ -

1. ဤဖြည့်သွင်းနိုင်သည့် ဖောင်ကို ဖြည့်ပြီး WIC@vermont.gov သို့ အီးမေးလ်မှ တင်သွင်းပါ
2. ဤဖောင်ကို တင်ပြီးနောက် သင့်ဒေသတွင်း WIC ရုံးမှ တစ်စုံတစ်ယောက်သည် သင်အရည်အချင်းပြည့်မီခြင်းရှိမရှိ စုံစမ်းရန် သင့်ကို ဆက်သွယ်လိမ့်မည်။ သင်အရည်အချင်းပြည့်မီပါက သူတို့သည် WIC ချိန်းဆိုမှုတစ်ခုကို ပြုလုပ်လိမ့်မည်။
3. WIC တွင် စာရင်းသွင်းရန် သင့်ချိန်းဆိုမှုကို တက်ရောက်ပါ။

ကျေးဇူးပြု၍ သင့်ဆက်သွယ်ရန်အချက်အလက်ကို အောက်တွင်ဖြည့်ပါ။

(*လိုအပ်သည့် နယ်ပယ်)

သင့်အမည် ပထမစာလုံး*

သင့်အမည် နောက်ဆုံးစာလုံး*

လမ်းလိပ်စာ*

တိုက်ခန်းနံပါတ်

မြို့*

ပြည်နယ်*

(Vermont WIC တွင် ပါဝင်ရန် သင်သည် Vermont တွင် နေထိုင်သူ ဖြစ်ရမည်)

Vermont

ZIP ကုဒ်*

(ကျေးဇူးပြု၍ 05 နှင့်စပြီး ဂဏန်း 5 လုံးပါဝင်သည့် ZIP ကုဒ်ကို အသုံးပြုပါ)

သင့်အီးမေးလ်လိပ်စာ*

ဖုန်းနံပါတ်*

ကျွန်ုပ်ကို အောက်ပါနည်းလမ်းဖြင့် ဆက်သွယ်ပါ - *

☐

ဖုန်း

☐

အီးမေးလ်

☐

ဖုန်း သို့မဟုတ် အီးမေးလ်

နှစ်သက်သောဘာသာစကား*

☐

အင်္ဂလိပ်

☐

အမေရိကန် လက်ဟန်ပြဘာသာစကား (ASL)

☐

အာရဗီ

☐

မြန်မာ

- ☐ Dari
- ☐ ပြင်သစ်ဘာသာစကား
- ☐ Maay Maay
- ☐ နီပေါ
- ☐ Pashto
- ☐ ဆိုမာလီ
- ☐ စပိန်ဘာသာစကား
- ☐ ဆွာဟီလီ
- ☐ အခြား -

သင့်နာမ်စားများမှာ အဘယ်နည်း။

- ☐ သူမ/သူမကို
- ☐ သူ/သူ့ကို
- ☐ သူတို့/သူတို့ကို
- ☐ ဖြေဆိုခြင်း မပြုလိုပါ
- ☐ အခြား -

ချိန်းဆိုမှုအတွက် သီတင်းပတ်၏ အကောင်းဆုံးနေ့ရက်များမှာ အဘယ်နည်း။*

(သက်ဆိုင်သည့်အရာအားလုံးကို အမှန်ဖြစ်ပါ)

- ☐ တနင်္လာနေ့
- ☐ အင်္ဂါနေ့
- ☐ ဗုဒ္ဓဟူးနေ့
- ☐ ကြာသပတေးနေ့

☐ သောကြာနေ့

☐ မည်သည့်နေ့မဆို

ချိန်းဆိုမှုအတွက် အကောင်းဆုံးအချိန်များမှာ အဘယ်နည်း။*

(သက်ဆိုင်သည့်အရာအားလုံးကို အမှန်ခြစ်ပါ)

☐ နံနက်ပိုင်း

☐ မွန်းလွဲပိုင်း

☐ မည်သည့်အချိန်မဆို

WIC အကြောင်း သင်မည်သို့ကြားခဲ့သနည်း။*

(သက်ဆိုင်သည့်အရာအားလုံးကို အမှန်ခြစ်ပါ)

☐ မိသားစု သို့မဟုတ် မိတ်ဆွေ

☐ ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှုပေးသူ

☐ အင်တာနက်ရှာဖွေမှု သို့မဟုတ် ဖေ့(စ်)ဘွတ်(ခ်)

☐ အခြားအဖွဲ့အစည်းတစ်ခု

☐ ကြော်ငြာ

☐ WIC အကြောင်း စာတို

☐ အခြား -

ဖြည့်ပြီးသောဖောင်ကို WIC@vermont.gov သို့ တင်သွင်းပါ

Vermont ကျန်းမာရေးဌာနသည် ဤသတင်းအချက်အလက်ကို ကျွန်ုပ်ဒေသရှိ ဒေသတွင်း WIC အေဂျင်စီ တစ်ခုနှင့် ဝေမျှမည်ဖြစ်ပြီး ၎င်းသည် ဤသတင်းအချက်အလက်ကို ကျွန်ုပ်၏ WIC အရည်အချင်းပြည့်မီမှုကို စစ်ဆေးရန် အသုံးပြုနိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ WIC အစီအစဉ်သို့ အီလက်ထရောနစ်နည်းဖြင့် သတင်းအချက်အလက်များ တစ်ဆင့်ပေးပို့မှုအပေါ် နောက်ထပ်အချက်အလက်များအတွက် [Vermont ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ လျှို့ဝှက်ချက် မူဝါဒ \(Vermont privacy policy\)](#) ကို ကျေးဇူးပြု၍ ကြည့်ရှုပါ။

ကျွန်ုပ်သည် ဤအချက်အလက်ကို တင်သွင်းခြင်းအားဖြင့် အစီအစဉ်တွင် စာရင်းသွင်းရန် အာမခံချက်မရှိကြောင်းကိုလည်း နားလည်ပါသည်။

အခြား အက်ဖ်အန်အက်စ် အထောက်အပံ့ အစီအစဉ်အားလုံးအတွက် ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဒေသန္တရ အေဂျင်စီများ နှင့် ၎င်းတို့၏ လက်အောက်ခံများအနေဖြင့် အောက်ပါ ခွဲခြားမဆက်ဆံခြင်း ဖော်ပြချက်ကို မဖြစ်မနေ ပြထားရမည်။

ပြည်ထောင်စု မြို့ပြအခွင့်အရေး ဥပဒေ နှင့် အမေရိက စိုက်ပျိုးရေးဌာန (ယူအက်စ်ဒီအေ) မြို့ပြအခွင့်အရေးဆိုင်ရာ စည်းမျဉ်းစည်းကမ်းများ နှင့် မူဝါဒများအရ ဤအဖွဲ့အစည်းသည် လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ မူလနိုင်ငံ၊ ကျားမ (လိင်ရပ်တည်ချက် နှင့် လိင်ကိုင်ညွှန်မှုအပါအဝင်)၊ ချို့ယွင်းချက်၊ အသက် သို့မဟုတ် ယခင် မြို့ပြအခွင့်အရေးလှုပ်ရှားမှုများအတွက် လက်တုံ့ပြန်ခြင်း သို့မဟုတ် လက်စားချေခြင်း အပေါ်အခြေခံပြီး ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်းကို တားမြစ်ပါသည်။

အစီအစဉ် အချက်အလက်များကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားအပြင် အခြားဘာသာစကားများဖြင့်လည်း ရှိပါသည်။ ကိုယ်အင်္ဂါမသန်စွမ်း သူများအနေဖြင့် အစီအစဉ်၏ အချက်အလက်များကို သိရန် အခြားဆက်သွယ်ရေးနည်းလမ်းများ (ဥပမာ။ ။ မျက်မမြင်စာ၊ ပိုကြီးသော စာလုံး၊ အသံတိတ်၊ အမေရိကန် သင်္ကေတဘာသာစကား)ကို လိုအပ်လျှင် အစီအစဉ် ကို တာဝန်ယူသော ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဒေသန္တရအေဂျင်စီ သို့မဟုတ် ယူအက်စ်ဒီအေ ၏ တားဂတ် စင်တာ ထံ (202) 720-2600 (အသံ သို့မဟုတ် တီတီဒိုင်) သို့ ဆက်သွယ်နိုင်သည်။ သို့မဟုတ် ယူအက်စ်ဒီအေ ထံသို့ ပြည်ထောင်စု ရီလေး ဝန်ဆောင်မှု (800) 877-8339 မှတစ်ဆင့် ဆက်သွယ်နိုင်သည်။

အစီအစဉ်နှင့်ပတ်သက်ပြီး ခွဲခြားဆက်ဆံခံရမှုကို တိုင်တန်းရန် တိုင်တန်းသူသည် အွန်လိုင်းတွင် <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-burmese.pdf> မှ၊

ယူအက်စ်ဒီအေ ရုံး ထံမှ၊ (866)-632-9992 ထံသို့ဖုန်းဆက်ပြီး သို့မဟုတ် ယူအက်စ်ဒီအေထံသို့စာရေးပြီး ရယူနိုင်သော ယူအက်စ်ဒီအေ အစီအစဉ်နှင့်ပတ်သက်ပြီး ခွဲခြားဆက်ဆံခံရမှုအကြောင်းတိုင်းတန်းသည့်ပုံစံ ပုံစံ AD-3027 ကိုဖြည့်စွက်ရမည်။ စာတွင် တိုင်တန်းသူ၏အမည်၊ လိပ်စာ၊ ဖုန်းနံပါတ် နှင့် မြို့ပြအခွင့်အရေးအတွက် လက်ထောက်အတွင်းရေးမှူး (အေအက်စ်စီအာ)အား မြို့ပြအခွင့်အရေးကို ချိုးဖောက်ခံရသည့် အခြေအနေ၊ ရက်စွဲ နှင့် အကျိုးအကြောင်းကို နားလည်သဘောပေါက်ရန် လုံလောက်သော အသေးစိတ်အချက်အလက်များ ပါဝင်ရမည်။ ဖြည့်စွက်ပြီးသော AD-3027 ပုံစံ သို့မဟုတ် စာကို USDA ထံအောက်ပါလိပ်စာသို့ အောက်ပါနည်းလမ်းများဖြင့် မဖြစ်မနေ ပေးပို့ပါ။

- (1) **စာတိုက်မှတစ်ဆင့်**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; သို့မဟုတ်
- (2) **ဖက်စ်ဖြင့်**
(833) 256-1665 သို့မဟုတ် (202) 690-7442; သို့မဟုတ်
- (3) **အီးမေးလ်ဖြင့်**
program.intake@usda.gov

ဤအဖွဲ့အစည်းသည် အခွင့်အရေးတန်းတူညီတူပေးသည့် အဖွဲ့အစည်းတစ်ခုဖြစ်ပါသည်။