په هره برخه کې د امکان تر کچې بشپړ معلومات ولیکئ. که فورمه د لیک یا فکس له لارې استوئ، له تور یا شنه رنګه قلم څخه استفاده وکړئ.

**1 برخه - هغه شخص چې د شکایت راپور ورکوي:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| د هغه شخص نوم چې د شکایت راپور ورکوي: | نوم او تخلص | نامعلوم |
| د ټلیفون شمېره (###) ###-####: | (   )    - | |
| برېښنالیک: | @ | |
| د هغه شخص رول چې د شکایت راپور ورکوي: | یوه برخه وټاکئ. | |
| که تاسو ’بل‘ انتخابوئ، خپل رول تشرېح کړئ: |  | |

**2 برخه - شکایت:**

|  |  |
| --- | --- |
| د پېښې نېټه (کال/ورځ/میاشت) | /  / |
| د پېښې وخت: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| بې ادبانه یا اخلالوونکی چلند | ګډون کوونکی نه پوهېږي چې له امتیازاتو څخه څنګه ګټه پورته کړي |
| له ناوړه الفاظو یا بې ادبانه حرکاتو څخه یې استفاده وکړه | له بزګر څخه ترلاسه شوي مالیات |
| د زیان رسولو یا فزیکي ځورونې ګواښ | بزګر د WIC CVB ،FMNP یا SFMNP امتیازات نه دي منلي |
| له محصول څخه بهر مارکېټ | پلورونکی سوداګر دی، بزګر نه دی |
| د نژاد، رنګ، ملي اصالت، جنسیت (د جنسیتي هویت او جنسي تمایل په ګډون)، معلولیت او عمر پر بنسټ له تبعیض سره مخ کېدل | |
| نور (په مهربانۍ سره تشرېح یې کړئ): دلته کلېک وکړئ یا ضربه پرې ووهئ تر څو متن ولیکئ. | |

**پېښه لاندې په مفصل ډول تشرېح کړئ. د اړتیا په صورت کې اضافي پاڼې وکاروئ.**

دلته کلېک وکړئ یا ضربه پرې ووهئ تر څو متن ولیکئ.

**3 مه برخه - د شخص، مارکېټ یا کلینیک شکایت په دې اړه دی:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نوم | نوم تخلص | |
| که د WIC ګډون کوونکی وي، د ګډون کوونکي ID: |  | د WIC ګډون کوونکي ID نامعلومه ده |
| د مارکېټ یا کلینیک نوم: |  | |
| پته: | د پتې 1 کرښه  د پتې 2 کرښه | |
| ښار، ایالت، زیپ کوډ: | ښار، ایالت، زیپ کوډ | |
| د ټلیفون شمېره (###) ###-####: | (   )    - | |

**4 برخه - هغه شخص چې شکایت ثبتوي:**

|  |  |
| --- | --- |
| نوم: | نوم تخلص |
| د پېښې نېټه (کال/ورځ/میاشت): | /  / |
| وخت: |  |
| د ټلیفون شمېره (###) ###-####: | (   )    - |

A picture containing text, clipart, vector graphics

Description automatically generatedA close-up of a logo

Description automatically generated with low confidenceتاسو کولای شئ په خپل راپور کې د واشنګټن ایالت WIC پروګرام یاد کړئ. 1-800-841-1410 شمېره ډایله کړئ، 2 تڼۍ کېکاږئ، Farmers Market Nutrition Program (د بزګرانو د مارکېټ د تغذیې پروګرام د کارکوونکو) لپاره 2 انتخاب کړئ.

فورمه د برېښنالیک، پست یا فکس له لارې واستوئ:

د WIC FMNP همغږی کوونکی

د واشنګټن WIC پروګرام

PO Box 47886

المپیا، WA 98504-7886

Fax: 360-236-2345 / Email: [FMNPteam@doh.wa.gov](mailto:FMNPteam@doh.wa.gov)

دغه اداره د مساوي فرصت چمتو کوونکې ده.

د واشنګټنWIC د تبعیض پر بنسټ چلند نه کوي.

په بل فارمټ کې د دغه سند د غوښتلو لپاره 1410-841-800-1 شمېرې ته زنګ ووهئ.

کاڼه یا هغه پیرودونکي چې په اورېدو کې ستونزه ولري، په مهربانی سره 711 (Washington Relay) ته زنګ ووهئ.

یا [wic@doh.wa.gov](file:///C:\Users\sja2303\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Outlook\GHOB4A8D\دېتهيېولېږئ:wic@doh.wa.gov) ته برېښنالیک واستوئ.