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 (###) ###-####:  | (   )    -     |

تاسو 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

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%3A%5CUsers%5Csja2303%5CAppData%5CLocal%5CMicrosoft%5CWindows%5CINetCache%5CContent.Outlook%5CGHOB4A8D%5C%D8%AF%DB%90%D8%AA%D9%87%D9%8A%DB%90%D9%88%D9%84%DB%90%DA%96%D8%A6%3Awic%40doh.wa.gov) ته برېښنالیک واستوئ.