В каждом разделе предоставьте как можно больше информации. Если собираетесь отправить форму по электронной почте или факсом, заполните ее ручкой с черными или синими чернилами.

**Раздел 1. Податель жалобы.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Имя лица, подающего жалобу:  | Имя Фамилия | Анонимно [ ]  |
| Номер телефона: (###) ###-####:  | (   )    -     |
|  Адрес эл. почты:  |      @       |
| Отношение к инциденту лица, подающего жалобу:  | Выберите пункт. |
| Если вы выбрали «Другое», уточните: |       |

**Раздел 2. Жалоба.**

|  |  |
| --- | --- |
| Дата инцидента (мм/дд/гггг): |   /  /     |
| Время инцидента: |       |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Неуважительное или грубое поведение | [ ]  Участник программы не знает, как пользоваться льготами |
| [ ]  Были использованы нецензурные выражения или грубые жесты | [ ]  Фермер взял налог |
| [ ]  Угрозы или применение физического насилия | [ ]  Фермер не предоставил льготы Cash Value Benefit (CVB, фиксированная сумма расходов), Farmers’ Market Nutrition Program (FMNP, Программа обеспечения питанием на фермерских рынках для женщин, младенцев и детей), Seniors Farmers' Market Nutrition Program (SFMNP, Программа льготного приобретения еды на фермерских рынках для пожилых людей) в рамках программы Women, Infants and Children (WIC, Программа специального дополнительного питания для женщин, младенцев и детей) |
| [ ]  Продуктов не было в наличии | [ ]  Продавец является посредником, а не фермером |
| [ ]  Дискриминация по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), наличия особенных потребностей или возраста |
| [ ]  Другое (опишите): Нажмите или коснитесь, чтобы ввести текст. |

**Подробно опишите инцидент ниже. При необходимости используйте дополнительные страницы.**

Нажмите или коснитесь, чтобы ввести текст.

**Раздел 3. Лицо, торговая точка или учреждение здравоохранения, относительно которых была подана жалоба.**

|  |  |
| --- | --- |
| Имя и фамилия  | Имя Фамилия |
| Идентификатор участника программы WIC (если применимо): |       | Идентификатор участника программы WIC неизвестен [ ]  |
| Название торговой точки или учреждения здравоохранения:  |       |
| Адрес:  | Строка адреса 1 Строка адреса 2 |
| Населенный пункт, штат и почтовый индекс: | Населенный пункт, Штат, Почтовый индекс |
| Номер телефона: (###) ###-####:  | (   )    -     |

**Раздел 4. Лицо, зарегистрировавшее жалобу.**

|  |  |
| --- | --- |
| Имя и фамилия:  | Имя Фамилия |
| Дата (мм/дд/гггг): |   /  /     |
| Время: |       |
| Номер телефона: (###) ###-####:  | (   )    -     |

Вы можете обратиться с жалобой в программу WIC, действующую в штате Вашингтон, по телефону. Чтобы связаться с офисом Farmers Market Nutrition Program (FMNP, Программа питания с фермерских рынков), позвоните по номеру телефона 1-800-841-1410 (внутренний номер 2) и нажмите 2.

DOH 964-001 August 2024 Russian

Отправьте заполненную форму жалобы почтой, электронной почтой или факсом по следующему адресу:

Координатор WIC FMNP

Программа WIC в штате Вашингтон

PO Box 47886

Olympia, WA 98504-7886

Факс: 360-236-2345 / Адрес эл. почты: FMNPteam@doh.wa.gov

Эта организация предоставляет равные возможности.

Программа WIC в штате Вашингтон является недискриминационной.

Запросить этот документ в другом формате можно по номеру телефона 1-800-841-1410.

Если вы страдаете нарушением слуха, обращайтесь по телефону 711 (Washington Relay)

или по электронной почте wic@doh.wa.gov.