Укажіть у кожному розділі якомога більше інформації. Якщо плануєте надіслати форму електронною поштою або факсом, заповніть її ручкою із чорними або синіми чорнилами.

**Розділ 1. Особа, що подає скаргу.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ім’я та прізвище особи, що подає скаргу:  | Ім’я Прізвище | Анонімно [ ]  |
| Номер телефону (###) ###-####:  | (   )    -     |
|  Електронна пошта:  |      @       |
| Стосунок до інциденту особи, що подає скаргу:  | Виберіть варіант. |
| Якщо ви вибрали «Інше», поясніть: |       |

**Розділ 2. Скарга.**

|  |  |
| --- | --- |
| Дата інциденту (мм/дд/рррр): |   /  /     |
| Час інциденту: |       |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Неввічлива або агресивна поведінка | [ ]  Учасник програми не знає, як користуватися пільгами |
| [ ]  Було використано нецензурні слова або жести | [ ]  Фермер стягнув податок |
| [ ]  Погрози або фізичне насильство | [ ]  Фермер не надав пільги Cash Value Benefit (CVB, фіксована сума витрат), Farmers Market Nutrition Program (FMNP, Програма пільгового придбання харчових продуктів на фермерських ринках) або Seniors Farmers’ Market Nutrition Program (SFMNP, Програма пільг на продукти харчування, придбані на фермерських ринках і у фермерських магазинах, для пенсіонерів) у межах програми Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children (WIC, Спеціальна програма додаткового харчування для жінок, дітей і немовлят) |
| [ ]  Товарів не було | [ ]  Торговельна точка є посередником і не належить фермеру |
| [ ]  Дискримінація за расою, кольором шкіри, національним походженням, статтю (зокрема гендерною ідентичністю й сексуальною орієнтацією), наявністю особливих потреб, або віку |
| [ ]  Інше (вкажіть): Щоб почати вводити текст, натисніть або доторкніться. |

**Докладно опишіть інцидент нижче. Якщо потрібно, використайте додаткові сторінки.**

Щоб почати вводити текст, натисніть або доторкніться.

**Розділ 3. Особа, торговельна точка або медичний заклад, щодо яких подано скаргу.**

|  |  |
| --- | --- |
| Ім’я та прізвище  | Ім’я Прізвище |
| Ідентифікатор учасника програми WIC (якщо застосовується): |       | Ідентифікатор учасника програми WIC невідомий [ ]  |
| Назва торговельної точки або закладу охорони здоров’я:  |       |
| Адреса:  | Рядок адреси 1Рядок адреси 2 |
| Населений пункт, штат і поштовий індекс: | Населений пункт, Штат, Поштовий індекс |
| Номер телефону (###) ###-####:  | (   )    -     |

**Розділ 4. Особа, що реєструє скаргу.**

|  |  |
| --- | --- |
| Ім’я та прізвище:  | Ім’я Прізвище |
| Дата (мм/дд/рррр): |   /  /     |
| Час: |       |
| Номер телефону (###) ###-####:  | (   )    -     |

Можна зателефонувати працівникам програми WIC штату Вашингтон, щоб звернутися зі скаргою. Щоб зв’язатися з офісом Farmers Market Nutrition Program (FMNP, Програма забезпечення продуктами з фермерських ринків), зателефонуйте за номером 1-800-841-1410 (внутрішній номер 2) і натисніть 2.

DOH 964-001 August 2024 Ukrainian

Надішліть заповнену форму поштою, електронною поштою або факсом:

Координатор WIC FMNP

Програма WIC у штаті Вашингтон

PO Box 47886

Olympia, WA 98504-7886

Факс: 360-236-2345 / Електронна пошта: FMNPteam@doh.wa.gov

Ця установа надає рівні можливості всім особам.

Програма WIC у штаті Вашингтон забороняє дискримінацію.

Щоб отримати цей документ в іншому форматі, зателефонуйте за номером 1-800-841-1410.

Клієнтів із глухотою або з ослабленим слухом просимо телефонувати за номером 711 (Washington Relay)

або писати на адресу електронної пошти wic@doh.wa.gov.