Hãy hoàn thành đầy đủ thông tin nhất có thể trong mỗi phần. Nếu quý vị gửi qua đường bưu điện hoặc chuyển fax biểu mẫu, hãy sử dụng bút mực đen hoặc mực xanh dương.

**Phần 1- Người báo cáo khiếu nại:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tên của người báo cáo khiếu nại:  | Tên Họ | Ẩn danh [ ]  |
| Số điện thoại (###) ###-####:  | (   )    -     |
|  Email:  |      @       |
| Vai trò của người báo cáo khiếu nại:  | Chọn một mục. |
| Nếu quý vị chọn ‘Khác’, hãy giải thích vai trò của quý vị: |       |

**Phần 2 - Khiếu nại:**

|  |  |
| --- | --- |
| Ngày xảy ra sự cố (tháng/ngày/năm): |   /  /     |
| Thời gian xảy ra sự cố: |       |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Hành vi bất lịch sự hoặc hành vi gây rối | [ ]  Người tham gia không biết cách sử dụng các quyền lợi |
| [ ]  Sử dụng cử chỉ thô tục hoặc khiếm nhã | [ ]  Người bán tính thuế |
| [ ]  Đe dọa làm hại hoặc ngược đãi thể chất | [ ]  Người bán không chấp nhận quyền lợi WIC CVB, FMNP, hoặc SFMNP |
| [ ]  Chợ không còn nông phẩm | [ ]  Nhà cung cấp là người môi giới, không phải người bán |
| [ ]  Phân biệt đối xử vì lý do sắc tộc, màu da, quốc gia xuất thân, giới tính (bao gồm cả bản dạng giới và xu hướng tính dục), tình trạng khuyết tật, tuổi tác |
| [ ]  Khác (vui lòng mô tả): Nhấp hoặc nhấn vào đây để nhập nội dung. |

**Mô tả chi tiết sự cố dưới đây. Sử dụng thêm trang nếu cần.**

Nhấp hoặc nhấn vào đây để nhập nội dung.

**Phần 3- Khiếu nại của người, chợ nông sản hoặc phòng khám là về:**

|  |  |
| --- | --- |
| Tên  | Tên Họ |
| Nếu là người tham gia WIC, hãy ghi ID của người tham gia: |       | Không biết ID người tham gia WIC [ ]  |
| Tên chợ hoặc phòng khám:  |       |
| Địa chỉ:  | Dòng địa chỉ 1 Dòng địa chỉ 2 |
| Thành phố, Tiểu bang, Mã ZIP: | Thành phố, Tiểu bang, Zip |
| Số điện thoại (###) ###-####:  | (   )    -     |

**Phần 4- Người ghi chép khiếu nại:**

|  |  |
| --- | --- |
| Tên:  | Tên Họ |
| Ngày (tháng/ngày/năm): |   /  /     |
| Thời gian: |       |
| Số điện thoại (###) ###-####:  | (   )    -     |

Quý vị có thể gọi đến để báo cáo với Chương trình WIC của Tiểu bang Washington. Quay số 1-800-841-1410, số máy nhánh 2, chọn phím 2 để gặp nhân viên Farmers Market Nutrition Program (FMNP, Chương Trình Dinh Dưỡng Chợ Nông Sản).

DOH 964-001 August 2024 Vietnamese

Gửi email, gửi qua đường bưu điện hoặc chuyển fax biểu mẫu đến:

Điều phối viên WIC FMNP

PO Box 47886

Olympia, WA 98504-7886

Fax: 360-236-2345 / Email: FMNPteam@doh.wa.gov

Đây là tổ chức mang đến cơ hội bình đẳng.

Washington WIC không phân biệt đối xử.

Để yêu cầu tài liệu này ở các định dạng khác, hãy gọi 1-800-841-1410.

Khách hàng bị khiếm thính hoặc khó nghe, vui lòng gọi 711 (Washington Relay)

hoặc gửi email đến wic@doh.wa.gov.