न्युयोर्क राज्य स्वास्थ्य वभिाग
पौष्टकि आहार/WIC कार्यक्रमको वभिाजन

अधकिार प्रदान फाराम

यदि तपाई आफू WIC नयिोजति भेटहरूमा उपस्थति हुन वा भोजन सामग्री रडिमि गर्न नसक्नुभएको समयमा तपाईको प्रतनिधित्वि गर्न अर्को व्यक्तलिाई अधकिार दनि चाहनुहुन्छ भने, कृपया आमाबुवा/जीवनसाथी/पार्टनर, प्रतनिधि वा प्रोक्सी जाँच गर्नुहोस्। आफूलाई प्रतनिधित्वि गर्ने दुईवटा व्यक्तहिरू राख्न तपाईलाई अनुमत दएिको छ तर यो आवश्यक छैन।

For Office Use Only

Validation Date: _____

Void Date: _____

Participant's Initials: _____

यो फारामले WIC अभलिखहरूको लाग अनुमत दर्दिन।

सहभागी नाम (हरू)	**अलग अलग WIC आइडी नम्बर**

☐ **आमाबुवा/जीवनसाथी/पार्टनर**

- सँग नामांकति आमाबुवा/जीवनसाथी/पार्टनरको रुपमा WIC कार्यक्रम अन्तर्गत उही अधकिारहरू हुनुछन्
- ले प्रतनिधि वा प्रोक्सीलाई अनुमत दनि सक्छन्
- ले आवश्यक सबै फारामहरू हस्ताक्षर गर्न सक्छन्
- ले तपाईको प्रमाणीकरण नयिोजति भेटको समयमा तपाईलाई प्रतनिधित्वि गर्न सक्छन्
- ले तपाईको बालबालकिाको प्रमाणीकरण नयिोजति भेटको समयमा तपाईलाई प्रतनिधित्वि गर्न सक्छन्
- ले पौष्टकि आहारसम्बन्ध शकि्षाको लाग नयिोजति भेटहरूमा तपाई र/वा तपाईको बालबालकिाहरूको प्रतनिधित्वि गर्छ
- ले तपाईको भोजन सामग्री रोज्न र रडिमि गर्न सक्छन्

☐ **प्रतनिधि**

- सहभागीको प्राथमकि स्याहारको लाग कोही जम्मिेवार व्यक्त हुनुपर्छ र सहभागी(हरू) को खान-पनि र चकित्सि अवस्थामा आधारति जानकारी उपलब्ध गराउन सक्षम हुनुपर्छ
- ले आवश्यक सबै फारामहरू हस्ताक्षर गर्न सक्छन्
- ले तपाईको बालबालकिाको प्रमाणीकरण नयिोजति भेटको समयमा तपाईलाई प्रतनिधित्वि गर्न सक्छन्
- ले पौष्टकि आहारसम्बन्ध शकि्षाको लाग नयिोजति भेटहरूको समयमा तपाई र/वा तपाईको बालबालकिाहरूको प्रतनिधित्वि गर्छ
- ले तपाईको भोजन सामग्री रोज्न र रडिमि गर्न सक्छन्

☐ **प्रोक्सी**

- ले पौष्टकि आहारसम्बन्ध शकि्षाको लाग नयिोजति भेटहरूको समयमा तपाई र/वा तपाईको बालबालकिाहरूको प्रतनिधित्वि गर्छ
- ले तपाईको भोजन सामग्री रोज्न र रडिमि गर्न सक्छन्

			Verification of Correct Information	
हस्ताक्षर		मति		
नाम (कृपया छाप्नुहोस्)			Initial/Date	Initial/Date
ठेगाना		Apt. #	Initial/Date	Initial/Date
शहर	राज्य	जपि कोड	Initial/Date	Initial/Date
फोन #			Initial/Date	Initial/Date

मैले रडिम्शन स्थानहरूमा भोजन सामग्रीको उचति प्रयोगसहति WIC कार्यक्रमको नयिम तथा कानूनहरूको बारेमा माथकिो आधकिारपूर्ण आमाबुवा/जीवनसाथी/पार्टनर, प्रतनिधि वा प्रोक्सीलाई नर्दिेशति गरेको छु। मैले म उक्त व्यक्तबिाट भएको WIC कार्यक्रमको अनुचति वा छलपूर्ण प्रयोगको लाग जम्मिेवार हुन्छु भन्ने कुरा बुझेको छु।

_____ _____

सहभागी/आमाबुवा/अभभिावकको हस्ताक्षर(फाराम पूरा गरपछ मात्रै हस्ताक्षर गर्नुहोस्) मति

DOH-141ne (12/09)