

يو مجاز استازی بدل، لري يا وټاکي: کس (APPOINT, CHANGE, OR REMOVE AN AUTHORIZED REPRESENTATIVE: PERSON)

ټاکنه وسپاري ډکه کړئ، بدلون، يا يو مجاز استازی لري کړئ: د شخص فورمه، F-10126A، د ټاکلو، بدلون لپاره، يا يو کس ستاسو د مجاز استازی په توګه لري کړئ.

خپل مجاز استازي په توګه د **سازمان** د ټاکلو لپاره، ډک کړئ او وسپاري **وټاکي، بدل کړئ، يا لري کړئ او مجاز استازی: د سازمان فورمه F-10126B**، پرځای.

که تاسو د جايداد اړوند قانوني سرپرست لري، يا د شخصيت او ملکيت اړوند قانوني سرپرست لري، يا محافظ ولري، نو که تاسو غواړئ چې د دوی پرته بل څوک ستاسو مجاز استازی وي، نو بايد هماغه شخص ستاسو لپاره يو باصلاحيته استازی وټاکي. که تاسو د مالياتي چارو لپاره يو فعال او دايمي وکیل لري، تاسو يا تاسو يا ستاسو وکیل کولای شي چې يو با صلاحيته استازی وټاکي.

د يو شخص قانوني سرپرست کولای شي يواځي په هغه صورت کې ستاسو لپاره يو با صلاحيته استازی وټاکي چې د محکمي اسناد چې د شخص قانوني استازی ټاکي همدې سرپرست يا استازي ته دا صلاحيت ورکوي چې ستاسو په استازيتوب د عامه مرستې پروګرامونو کې ستاسو د وړتيا او امتيازاتو په اړه چاري مخته بوځي.

د روغتيايي پاملرني لپاره د وکالت صلاحيت او ځواک نه شي کولای چې ستاسو په استازيتوب داسي فعاليت ترسره کړي ترڅو يو با صلاحيته استازی وټاکي .

په دې فورمه کې وړاندې شوي شخص پيژندونکي معلومات به يوازې د FoodShare، BadgerCare Plus، Wisconsin Medicaid، Family Planning Only Services (يوازې د کورنۍ پلان کولو خدمتونه)، Caretaker Supplement او (د ساتونکي ضميمه) کارول کيږي.

د نمايندګي مجاز معلومات

يو مجاز استازی هغه کس دی چې ستاسو د کورنۍ له شرايطو سره اشنا وي او تاسو باور لري چې ستاسو په استازيتوب عمل وکړي. هر څوک کولی شي ستاسو د مجاز استازي په توګه خدمت وکړي پرته له دې چې لاندې لپاره:

- هغه خلک چې په قصدي ډول د FoodShare پروګرام سرغړونې له امله بې برخې شوي د دوی د ناهليت په دوره کې نشي کولی د مجاز استازي په توګه خدمت وکړي پرته لدې چې بل څوک د دې توان ونلري چې د با اختيار استازي په توګه خدمت وکړي.
 - د بې کوره خوارو چمتو کونکي نشي کولی د بې کوره خوارو واحد لپاره د مجاز نماينده په توګه خدمت وکړي. (د خورو واحد يو يا څو خلک دي چې يوځای ژوند کوي او يوځای خواړه اخلي او جوړوي).
 - د ادارې کارمندان چې د وړتيا يا ګټو په ټاکلو کې مرسته کوي ممکن د مجاز استازي په توګه کار ونکړي. دوی ته په ځانګړو شرايطو کې د مجاز استازي په توګه د خدمت کولو لپاره ځانګړي ليکلي تصويب ورکول کيږي شي.
 - پرچون پلورونکي چې د FoodShare ګټو منلو واک لري ممکن د مجاز استازي په توګه کار ونکړي.
- يوځل چې وټاکل شي، ستاسو با اختيار استازی کولی شي ستاسو په استازيتوب لاندې يو يا ټول ترسره کړي:

- د ګټو لپاره غوښتنه وکړئ يا نوي کړئ
- ستاسو په معلوماتو کې د بدلونونو راپور ورکړئ
- ستاسو د ګټو پورې اړوند هر ډول مسلو کې د خپلې ادارې سره کار وکړئ
- د هغه پروګرامونو لپاره ستاسو د وړتيا په اړه شکايتونه او استينافايل کړئ چې تاسو يې غوښتنه کوئ يا په کې نوم ليکنه کوئ

تاسو کولی شئ دا هم وټاکئ چې خپل مجاز استازی ستاسو د وړتيا او ګټو په اړه د ليکونو کاپي ترلاسه کړئ، خپل ForwardHealth کارت ترلاسه کړئ، ستاسو په استازيتوب د ForwardHealth غړو خدماتو او ستاسو د HMO (روغتيا ساتنې سازمان) سره کار وکړئ، او ستاسو د روغتيا پاملرني په اړه شکايتونه او اپيلونه درج کړئ. خدمتونه (د مثال په توګه، درملنه او بيلونه).

تاسو اړتيا نلري **نه** چې د غوښتنليک يا ګټي ترلاسه کولو لپاره يو با اختيار استازی ولري.

هغه مجاز استازی چې تاسو په دې فورمه کې ټاکئ کولی شي ستاسو په استازيتوب د لاندې پروګرامونو څخه **کوم** لپاره عمل وکړي: د ويسکونسن Medicaid، BadgerCare Plus، FoodShare، يوازې د Family Planning Only Services (کورنۍ پلان جوړونې خدمتونه)، او/يا د Caretaker Supplement (ساتونکي ضميمه). که تاسو په دې پروګرامونو کې نوم ليکنه کوئ او د Wisconsin Works (ويسکونسن ورکس) (W-2)، ستاسو مجاز استازی ممکن ستاسو په استازيتوب د W-2 لپاره عمل وکړي.

هغه مجاز استازی چې تاسو په دې فورمه کې ټاکئ نشي کولی ستاسو په استازيتوب د Wisconsin Shares Child Care Subsidy (ويسکونسن شريکانو د ماشومانو پاملرني سبسايدې) پروګرام لپاره عمل وکړي. که تاسو د ويسکونسن ونډو لپاره غوښتنه کوئ، تاسو اړتيا لري د خپل ځان لپاره غوښتنه وکړئ.

د فورمي لارښوونې

که اړين معلومات په دې فورمه کې شتون ولري، د هر ډول لاسليکونو په گډون، فورمه به نيمگړتيا وگڼل شي، او ستاسو با اختيار استازي نشي کولی ستاسو په استازيتوب عمل وکړي.

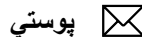
برخه 1 — ستاسو اړتيا لري برخه بشپړه کړئ 1. تاسو به اړتيا ولري چې وټاکئ که تاسو يو با اختيار استازي وټاکئ، بدل کړئ يا لري کړئ. تاسو به خپل نوم او د زيرون نيټه هم چمتو کړئ ترڅو مور تاسو وپيژنو. که تاسو يو با اختيار استازي وټاکئ يا بدل کړئ، غوره کړئ که تاسو غواړئ چې ستاسو با اختيار استازي ستاسو د ليکونو کاپي ترلاسه کړي. که تاسو هم د روغتيا پاملرني برنامې لپاره غوښتنليک ورکوئ يا نوم ليکنه کوئ، نو غوره کړئ که تاسو غواړئ اجازه ورکړئ چې خپل مجاز استازي ستاسو په استازيتوب نور اقدامات وکړي. ډاډ ترلاسه کړئ مخکې له دې چې تاسو هو وگورئ د خوندي روغتيا معلوماتو اجازه ليک لوستل او موافق ياست. بيا، د پوهاوي بيانونه ولولئ. که تاسو موافق ياست، فورمه لاسليک او نيټه وليکئ.

برخه 2 — ستاسو مجاز استازي بايد د 2 برخه بشپړ کړي. ستاسو مجاز استازي به اړتيا ولري چې خپل نوم او د اړيکو معلومات چمتو کړي. دوی به هم اړتيا ولري چې د تفاهم بيانونه ولوستل شي او فورمه لاسليک او نيټه وکړي که چيرې دوی د بيانونو سره موافق وي.

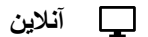
برخه 3 — که تاسو يو باصلاحيت استازي وټاکئ يا بدل کړئ، نو تاسو به اړتيا ولري چې ستاسو د مجاز استازي پرته بل څوک وگوري چې تاسو دا فورمه لاسليک کوي. دا سړی شاهد بلل کيږي. که تاسو دا فورمه د يو سره لاسليک کړئ "X"، بيا دوه شاهدان بايد تاسو وگوري چې فورمه لاسليک کړي. شاهد يا شاهدان بايد خپل نوم، لاسليک او هغه نيټه چې فورمه يې لاسليک کړې چمتو کړي.

د فورمي سپارل

تاسو کولی شئ خپل بشپړ شوی فورمه په لاندې لارو کې وسپارئ:



پوستي



آنلاین

- که تاسو په **Milwaukee کاونټي**، اوسپړئ، فورمه دې ته واستوئ:
MDPU
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218

د فورمي ټولې پاڼې ACCESS ته سکين کړئ. تاسو کولی شئ دا د خپل ACCESS حساب له لارې ترسره کړئ، کوم چې تاسو په access.wi.gov (يادونه: که تاسو د ACCESS حساب نلري، تاسو کولی شئ access.wi.gov ته لار شئ او يو جوړ کړئ).

- که تاسو په **Milwaukee کاونټي** کې ژوند نه کوئ فورمه دې ته واستوئ:
CDPU
P.O. Box 5234
Janesville, WI 53547

يادونه: تاسو کولی شئ يوازې په خانگرو وختونو کې ACCESS ته فورمي سکين کړئ. که تاسو نشئ کولی فورمه ACCESS ته سکين کړئ، فورمه د يوې بلې لارې په کارولو سره وسپارئ.

په شخصي توگه



فاکس

فورمه خپلې ادارې ته واخله. ستاسو د ادارې د اړيکو معلومات د ويسکونسن د Department of Health Services (روغتيا خدماتو څانگې) (DHS) په ويب پاڼه کې دې dhs.wi.gov/im-agency.

- که تاسو په **Milwaukee کاونټي**، کې اوسپړئ، فورمه ورته فکس کړئ 888-409-1979.
- که تاسو په **Milwaukee کاونټي**، کې ژوند نه کوئ فورمه دې فکس کړئ 855-293-1822.

د مجاز استازو په اړه د نورو معلوماتو لپاره، د DHS ويب پاڼې ته لار شئ: www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm.



د غوښتونکي / غړي لخوا ډک شي

برخه 1

زه:

باصلاحيته استازي ټاکم. تاسو بايد د ټوله 1 برخه ډکه کړئ.

زما د مجاز استازي بدلول. تاسو بايد د ټوله 1 برخه ډکه کړئ. ډاډ ترلاسه کړئ چې تاسو په B برخه کې د خپل نوي مجاز استازي په نوم وليکئ.

زما د مجاز استازي ليرې کول. تاسو بايد د 1 برخې برخه A او E برخه ډکه کړئ. B او C برخه خالي پرېږدئ.

برخه A: شخصي معلومات

نوم - غوښتونکی/غړی (وروستی، لومړی، منځنی ابتدایی)

د زیږیدو نېټه

د قضیې شمیره (که تاسو لری)

برخه B: د واک ورکولو معلومات

زه لاندې شخص ټاکم چې زما با اختیار استازی شي:

زه غواړم چې زما مجاز استازی زما د وړتیا او گټو په اړه د لیکونو کاپي ترلاسه کړي.

هو نه

برخه C: د اجازې اضافي معلومات - یوازي د روغتیا پاملرنې پروگرامونه (اختیاري)

زه د روغتیا پاملرنې پروگرام (د مثال په توګه، ویسکونسن Medicaid، BadgerCare Plus یا یوازي د Family Planning Only Services (کورنی پلان کولو خدمتونه) لپاره غوښتنلیک ورکوم یا نومول شوی یم او غواړم چې زما با اختیار استازی لاندې ټول کارونه وکړي:

- زما پر خای ForwardHealth زما فارورډ روغتیا کارت ترلاسه کړی.

- ما په HMO کې نوم لیکنه وکړه.

- د ForwardHealth د غړو خدمتونه یا زما HMO سره د بل، خدمت، یا نورو طبي معلوماتو په اړه خبرې وکړی، په شمول د خوندي روغتیا معلوماتو. ډاډ ترلاسه کړی چې مخکې لدې چې تاسو هو وګورئ لاندې خوندي شوي روغتیا معلوماتو اختیار لوستل او موافق یاست.

- زما د روغتیا پاملرنې خدماتو په اړه شکایتونه او اپیلونه درج کړی (د بیلګې په توګه، درملنه او بیلونه).

هو نه

د خوندي روغتیا معلوماتو د کارولو او افشا کولو اجازه

پورته د هو په چک کولو سره، زه د ویسکونسن د Department of Health Services (روغتیا خدماتو څانګې) (DHS) او د هغې قراردادیانو ته اجازه ورکوم، چې د HMO په ګډون، زما خوندي شوي روغتیا معلومات زما د مجاز استازي سره افشا کړي (شریک).

هغه معلومات چې زه یې د شریکولو اجازه ورکوم ممکن لاندې ډول معلومات پکې شامل وي: ادعاګانې، طبي ریکارډونه، د مخدره توکو ناوړه ګټه اخیستنې پاملرنه، د زیږون پاملرنې، رواني روغتیا، ساري ناروغی، د درملتون خدمتونه، HIV/AIDS، د غاښونو ریکارډونه، او پرمختیایي معلوماتونه.

معلومات شریکول کېږي نو زما مجاز استازی کولی شي زما د روغتیا پاملرنې ګټو اداره کولو کې مرسته وکړي.

زه پوهېږم چې هر هغه معلومات چې دغې اجازې پر بنسټ کارول کېږي یا شریک کېږي د دغو معلوماتو ترلاسه کوونکی کس یا ادارې له لوري شریک کېدلی شي او نور د محرمیت فدرالي قوانینو له لوري نه خوندي کېږي.

زه پوهېږم چې دا اختیار داوطلبانه دی او دا چې زه ممکن د پورته نه په چک کولو سره زما د خوندي روغتیا معلوماتو خپرولو اجازه رد کړم. د نمبر چک کول به د درملني چمتو کولو، تادیه کولو، په روغتیا پالن کې نوم لیکنه، یا د ګټو لپاره وړتیا اغیزه ونکړي مګر دا چې د پروگرام لپاره د وړتیا ټاکلو یا په پروگرام کې د نوم لیکني لپاره اجازه اړینه وي.

دا واک به تر هغه دوام وکړي تر څو چې زه په دې فورمه کې مجاز استازی له خپل مجاز استازی څخه لرې کړم یا زما ادارې ته خبر ورکړم چې زه نه غواړم زما با اختیار استازی نور زما خوندي روغتیا معلوماتو ته لاسرسی ولري. زه کولی شم زما ادارې ته په هر وخت کې په لیکلي ډول خبر ورکړم. په هر صورت، د اجازې لرې کول به خوندي روغتیا معلومات اغیزه ونکړي کوم چې دمخه شریک شوي.

برخه D: د پوهیدلو بیانونه

- زه پوهیږم او موافق یم چې:
- زه حق لرم چې هر هغه څوک وټاکم چې زه غواړم زما با اختیار استازی شم.
- زه کولی شم په هر وخت کې خپل مجاز استازی بدل کړم یا لرې کړم. زه باید خپلې ادارې ته په لیکلې ډول خبر ورکړم چې زه غواړم خپل مجاز استازی بدل کړم یا لرې کړم.
- زه اړ نه یم چې یو کس ته ووايم چې زه دوی د خپل مجاز استازي په توګه لري کوم.
- په دې فورمه کې لیست شوي مجاز استازی به زما با اختیار استازی پاتې شي تر هغه چې زه یې بدل کړم یا لرې کړم.
- زما مجاز استازی به زما شخصي معلوماتو ته لاسرسی ولري، لکه زما د ټولنیز امنیت شمیره، مالي بیانات، او طبي معلومات، ترڅو زما د وړتیا اداره کولو کې مرسته وکړي. که زه د پورته روغتیايي معلوماتو د خوندي کولو اجازه سره موافقه وکړم، زه پوهیږم چې زما با اختیار استازی به هم دې معلوماتو ته لاسرسی ولري ترڅو زما د روغتیا پاملرنې خدماتو اداره کولو کې مرسته وکړي (د مثال په توګه، درملنه او طبي بیلونه).
- زه باید خپل با اختیار استازی ته ریښتیني او دقیق معلومات چمتو کړم.
- زه د غلطو او غلطو معلوماتو لپاره مسؤل یم چې زما مجاز استازی راپور ورکوي. زه پوهیږم چې یا زما با اختیار استازی یا زه غلط معلومات ورکوم یا معلومات پټوم، زه کولی شم:
 - باید هغه ګټې بیرته تادیه کړم چې ما باید تر لاسه کړي نه وي.
 - جریمه شي.
 - د پروګرام څخه منع شي.
 - د درغلي لپاره محاکمه شي.
- د دې فورمې په لاسلیک کولو سره، زه وایم چې زه په پورتنیو بیانونو پوهیږم او موافق یم.

برخه E: لاسلیک او نیټه

د لاسلیک نیټه

لاسلیک — غوښتونکی/غړی



د مجاز استازي لخوا پک شي

برخه 2

برخه A: د اړیکې معلومات

نوم - مجاز استازی (وروستی، لومړی، منځنی ابتدایي)

د کوڅې ادراس

زیپ کوډ

ریاست

ښار

د بریښنالیک پته (اختیاري)

د تلفون شمیره (د ساحې کوډ شامل دي)

برخه B: د تفاهم بیانونه

- زه پوهیږم او موافق یم چې:
 - د یو با اختیاره استازي په توګه، زه د غوښتونکي په اړه د لاندې ټولو یا ټولو ترسره کولو پورې محدود یم یا غږي په استازیتوب:
 - د ګټو لپاره غوښتنه کول یا نوي کول
 - د بدلونونو راپور ورکول
 - د غوښتنلیک ورکونکي یا غږي ادارې سره په هر ډول ګټو پورې اړوند مسلو کې کار کول
 - د وړتیا اړوند شکایتونه او استیناف ثبتول
 - زه تمه کیږم چې د غوښتونکي یا غږي شرایطو سره آشنا شم.
 - غوښتونکي یا غږي کولی شي زه په هر وخت کې د دوی د مجاز استازي څخه لیرې کړم.
 - غوښتونکي یا غږي اړتیا نلري ما ته خبر ورکړي چې زه د دوی د مجاز استازي په توګه له دندې لرې شوی یم.
 - زه د غوښتونکي یا غږي مجاز استازي یم تر څو چې دوی د بل مجاز استازي غوښتنه ونه کړي یا دا غوره کړي چې مجاز استازي ونه لري.
 - زه باید ریښتیني او دقیق معلومات چمتو کړم.
 - که زه غلط یا غلط معلومات چمتو کړم، غوښتونکي یا غږي ممکن اړتیا ولري چې په غلطۍ کې ترلاسه شوي د روغتیا پاملرنې ګټې بیرته ورکړي.
 - که زه په قصدي توګه د پروګرام له مقرراتو څخه سرغړونه وکړم، زه باید د FoodShare هر هغه ګټې بیرته ورکړم چې ناوړه ګټه اخیستي یا په غلطۍ سره ترلاسه شوي.
 - زه باید د ګټو د شخړو او د معلوماتو محرمانیت په اړه د تطبیق وړ دولت او فدرالي قوانینو سره سم عمل وکړم.
 - د دې فورمې په لاسلیک کولو سره، زه وایم چې زه په پورتنیو بیانونو پوهیږم او موافق یم.
 - د دې فورمې په لاسلیک کولو سره، زه وایم چې زه به د غوښتونکي یا غږي لپاره چې په 1 برخه کې لیست شوي د مجاز استازي په توګه خدمت وکړم.

برخه C: لاسلیک او نیتیه

د لاسلیک نیتیه

لاسلیک — مجاز استازي



د شاهدانو لخوا ډکول

برخه 3

نوم - شاهد (وروستی، لومړی، منځنی ابتدا)

د لاسلیک نیتیه

لاسلیک — شاهد



نوم - شاهد (وروستی، لومړی، منځنی ابتدايي) (که غوښتونکي/غږي د X سره لاسلیک شوی وي)

د لاسلیک نیتیه

لاسلیک — شاهد



د خوړو د مرستې بشپړونکې پروگرام (SNAP) او د متحده ایالاتو ځایي سور پوستو ته ځانگړی شوی سیمو کې د خوراکي توکو د ویش پروگرام (FDPIR) ایالتي یا سیمه ییزې ادارې او د هغوی فرعی ادارې باید د عدم تبعیض لاندینی بیانیه خپور کړي:

د فدرال مدني حقوقو قانون او د متحده ایالاتو د کرنې وزارت (USDA) د مقرارتو او مدني حقوقو تگلارې سره سم دغه اداره د نژاد، رنگ، ملی منشاء، جنسیت (د جنسی هویت او جنسی تمایل په شمول) مذهبي عقیدې، معلولیت، سن، سیاسي اعتقادات، پر اساس تبعیض یا غچ اخیستنې یا د مخکنی مدني حقوقو فعالیت له کبله د انتقام اخیستنې عمل ممنوع دی.

د دې پروگرام په هکله معلومات کیدای شي په غیر انگلیسي ژبو کې هم د لاسرسی وړ وي. هغه کسان چې کوم ډول معلولیت لري او یا د معلوماتو ترلاسه کولو لپاره بېل ازارو ته اړتیا لري (لکه د برېل لیکنه، د متن لویې اندازې چاپ، غریز نوار، د امریکایي اشارې ژبه) نو دغه کسان دې باید (ایالتي یا سیمه ییزې) ادارې سره چیرته چې یې د امتیازاتو ترلاسه کولو لپاره عریضه ورکړی هغې ادارې سره اړیکه ونیسي. کوم کسان چې کون دي، اورېدلو کې ستونزې لري یا په خبرې کولو کې ستونزې لري، د فدرال بیا خپرولو خدماتو له لارې د امریکې متحده ایالاتو د کرنې وزارت سره په 877-8339 (800) شمېره اړیکه ونیسي.

د دې پروگرام پورې اړوند د تبعیض شکایتونه باید د شکایت کونکي، د AD-3027 فورمه چې د USDA (د متحده ایالاتو د کرنې وزارت) د شکایاتو فورمه ده، لاندینی انټرنټي آدرس څخه د ترلاسه کولو وروسته باید ډکه کړي. <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-pashto.pdf> دغه فورمه تاسو د USDA (د امریکې د متحده ایالاتو د کرنې وزارت) هر دفتر څخه دغې شمېرې 1071-620 (833) سره د اړیکې نولو سره یا د USDA (د امریکې د متحده ایالاتو د کرنې وزارت) پټي ته د لیک استولو له لارې ترلاسه کولی شئ. استول شوی مکتوب باید د شکایت کونکي نوم، پته، د تلفون شمېره، او په لیکل شوی بڼه د تبیضي عمل شرح د جزئیات باید په کافی اندازه ذکر شوی وي تر څو د مدني حقوقو مرستندوی (ASCR) ته د دغه نقض په څرنگوالي او د دغه نقض د نیټې او دغه مدني حقوقو د ادعا په اړه په سمه توګه اطلاع ورکړي. د AD-3027 تکمیل شوی فورمه لاندینی پټي ته واستول شوي.

(۱) پوستي آدرس:

Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; یا

(۲) د فکس شمېره:

یا (833)-256-1665 یا (202)-690-7442

(۳) برېښنالیک یا انټرنټي آدرس:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

دغه اداره د مساوي فرصتونو برابرولو اداره ده.

د نه تبعيض خبرتيا: تبعيض د قانون خلاف دی - د روغتيا پاملرنې پورې اړوند پروگرامونه

د Wisconsin Department of Health Services (ويسکونسن د روغتيا خدماتو څانگه) د فدرالي مدني حقونو د تطبيق وړ قوانينو سره مطابقت لري او د نژاد، رنگ، ملي اصل، عمر، معلوليت، يا جنسيت پر بنسټ تبعيض نه کوي. د Department of Health Services (روغتيايي خدماتو څانگه) د نژاد، رنگ، قومي اصل، عمر، معيوبيت، يا جنسيت له امله خلک نه اخلي يا له هغوی سره توپير نه کوي.

د Department of Health Services (روغتيايي خدماتو څانگه):

- د معلوليت لرونکو خلکو لپاره وړيا مرستي او خدمتونه وړاندې کوي ترڅو له مور سره په اغيزمنه توگه اړيکه ونيسي، لکه:
 - د نښې ژبې وړ ژباړونکي.
 - په نورو شکلونو کې ليکل شوي معلومات (لوی چاپ، آډيو، د لاسرسي وړ برېښنايي بڼه، نور فارميټونه).
- هغو خلکو ته چې لومړنۍ ژبه يې انګليسي نه وي د وړيا ژبې خدمتونه وړاندې کوي، لکه:
 - وړ ژباړونکي.
 - معلومات په نورو ژبو ليکل کيږي.

که تاسو دې خدماتو ته اړتيا لرئ، د 844-201-6870 شمېره د Department of Health Services (روغتيايي خدماتو څانگې) د مدني حقونو همغږي کونکي سره اړيکه ونيسئ.

که تاسو په دې باور ياست چې د Department of Health Services (روغتيا خدماتو څانگه) د دې خدماتو په وړاندې کولو کې پاتې راغلي يا د نژاد، رنگ، ملي اصل، عمر، معلوليت يا جنسيت پر بنسټ په بل ډول تبعيض شوی، تاسو کولی شئ شکايت درج کړئ: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 844-201-6870, TTY: 711, برېښنالیک ته dhscre@dhs.wisconsin.gov. تاسو کولی شئ شکايت په شخصي ډول يا د پوستي، فکس يا برېښنالیک له لارې ثبت کړئ. که تاسو د شکايت ثبتولو کې مرستې ته اړتيا لرئ، د Department of Health Services (روغتيا خدماتو څانگې) د مدني حقونو همغږي کونکي ستاسو سره د مرستې لپاره شتون لري.

تاسو کولی شئ د U.S. Department of Health and Human Services (متحده ايالاتو د روغتيا او بشري خدماتو څانگې) سره د مدني حقونو شکايت ثبت کړئ، Office for Civil Rights (د مدني حقونو لپاره دفتر)، په الکترونيکي توگه د Office for Civil Rights (مدني حقونو د شکايتونو د دفتر) له لارې، دلته شتون لري <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>، يا د پوستي يا تلفون له لارې.

U.S. Department of Health and Human Services
Independence Avenue, SW 200
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(TDD) 800-537-7697, 800-368-1019

د شکايت فورمې په کې شتون لري <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

<p>Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>Deutsch (Pennsylvania Dutch) Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetztscht, kannscht du ebber griege as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).</p>
<p>Hmoob (Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>ພາສາລາວ (Laotian) ເຊີນຊາຍ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>繁體中文 (Traditional Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 844-201-6870 (TTY: 711)。</p>	<p>Français (French) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).</p>
<p>Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك بالمانج اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).</p>	<p>हिंदी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 844-201-6870 (TTY: 711) पर कॉल करें।</p>
<p>Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).</p>	<p>Shqip (Albanian) KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>한국어 (Korean) 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.</p>	<p>Tagalog (Tagalog – Filipino) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-201-6870 (TTY: 711).</p>
<p>Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-201-6870 (TTY: 711).</p>	<p>Soomaali (Somali) FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).</p>