

یو مجاز استازی بدل، لری یا وتاکي: کس (APPOINT, CHANGE, OR REMOVE AN AUTHORIZED REPRESENTATIVE: PERSON)

ټاکنه وسپاری ډکه کړئ، بدلون، یا یو مجاز استازی لری کړئ: د شخص فورمه، F-10126A، د ټاکلو، بدلون لپاره، یا یو کس ستاسو د مجاز استازی په توګه لری کړئ.

خپل مجاز استازي په توګه د سازمان د ټاکلو لپاره، ډک کړئ او وسپارئ ټاکي، بدل کړئ، یا لری کړئ او مجاز استازی: د سازمان فورمه F-10126B، پرځای.

که تاسو د جابداد اړوند قانوني سرپرست لری، یا د شخصیت او ملکیت اړوند قانوني سرپرست لری، یا محافظ ولری، نو که تاسو غواړئ چې د دوی پرته بل څوک ستاسو مجاز استازی وي، نو باید هماغه شخص ستاسو لپاره یو باصلاحیته استازی وتاکي. که تاسو د مالیاتي چارو لپاره یو فعال او دایمي وکیل لری، تاسو یا تاسو ستاسو وکیل کولای شي چې یو با صلاحیته استازی وتاکي.

د یو شخص قانوني سرپرست کولای شي یواځې په هغه صورت کې ستاسو لپاره یو با صلاحیته استازی وتاکي چې د محکمي اسناد چې د شخص قانوني استازی ټاکي همدې سرپرست یا استازي ته دا صلاحیت ورکوي چې ستاسو په استازیتوب د عامه مرستې پروګرامونو کې ستاسو د وړتیا او امتیازاتو په اړه چاري مخته بوځي.

د روغتیايي پاملرنې لپاره د وکالت صلاحیت او ځواک نه شي کولای چې ستاسو په استازیتوب داسې فعالیت ترسره کړي ترڅو یو با صلاحیته استازی وتاکي.

پ Wisconsin Medicaid، BadgerCare، په دې فورمه کې وړاندې شوي هغه شخصي معلومات چې د شخص د پېژندنې سبب کېږي، یوازي د یوازي د کورنۍ د تنظیم خدمات، او د مستقیمی ادارې او تطبیق لپاره کارول کېږي. Plus، FoodShare، SeniorCare.

د نمایندګۍ مجاز معلومات

یو مجاز استازی هغه کس دی چې ستاسو د کورنۍ له شرایطو سره اشنا وي او تاسو باور لری چې ستاسو په استازیتوب 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 نااهلیت په دوره کې نشي کولی د مجاز استازي په توګه خدمت وکړي پرته لدې چې بل څوک د دې توان ونلري چې د با اختیار استازي په توګه خدمت وکړي.
 - د بې کوره خوارو چمتو کونکي نشي کولی د بې کوره خوارو واحد لپاره د مجاز نمایندګه په توګه خدمت وکړي. (د خورو واحد یو یا څو خلک دي چې یوځای ژوند کوي او یوځای خواره اخلي او جوړوي).
 - د ادارې کارمندان چې د وړتیا یا ګټو په ټاکلو کې مرسته کوي ممکن د مجاز استازي په توګه کار ونکړي. دوی ته په ځانګړو شرایطو کې د مجاز استازي په توګه د خدمت کولو لپاره ځانګړي لیکلي تصویب ورکول کېدی شي.
 - پرچون پلورونکي چې د FoodShare ګټو منلو واک لري ممکن د مجاز استازي په توګه کار ونکړي.
- یوځل چې وټاکل شي، ستاسو با اختیار استازی کولی شي ستاسو په استازیتوب لاندې یو یا ټول ترسره کړي:

- د ګټو لپاره غوښتنه وکړئ یا 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 وړتیا په اړه شکایتونه او استیناف فایل کړئ چې تاسو یې غوښتنه کوئ یا په کې نوم لیکنه کوئ

تاسو کولی شئ دا هم وټاکئ چې خپل مجاز استازی ستاسو د وړتیا او ګټو په اړه د لیکونو کاپي ترلاسه کړئ، خپل ForwardHealth کارت ترلاسه کړئ، ستاسو په استازیتوب د ForwardHealth غړو خدماتو او ستاسو د HMO (روغتیا ساتنې سازمان) سره کار وکړئ، او ستاسو د روغتیايي پاملرنې په اړه شکایتونه او اپیلونه درج کړئ. خدمتونه (د مثال په توګه، درملنه او بیلونه).

تاسو اړتیا نلری نه چې د غوښتنلیک یا ګټې ترلاسه کولو لپاره یو با اختیار استازی ولری.

په دې فورمه کې چې تاسو کوم مجاز استازی ټاکئ، هغه کولی شي ستاسو په استازیتوب د لاندې هر یو پروګرام لپاره عمل وکړي: په دې فورمه کې چې Wisconsin Medicaid، BadgerCare Plus، FoodShare، پروګرامونو لپاره عمل وکړي. که تاسو په دغو Caretaker Supplement او/یا SeniorCare، Family Planning Only Services، لپاره هم W-2 سره یوځای شامل یاست، نو ستاسو مجاز استازی کولی شي ستاسو په استازیتوب د Wisconsin Works (W-2) پروګرامونو کې او ل عمل وکړي.

هغه مجاز استازی چې تاسو په دې فورمه کې ټاکلی نشي کولی ستاسو په استازیتوب د Wisconsin Shares Child Care Subsidy (ویسکونسن شریکانو د ماشومانو پاملرنې سبسایډي) پروګرام لپاره عمل وکړي. که تاسو د ویسکونسن ونډو لپاره غوښتنه کوئ، تاسو اړتیا لری د خپل ځان لپاره غوښتنه وکړئ.

د فورمي لارښوونې

که اړين معلومات په دې فورمه کې شتون ولري، د هر ډول لاسليکونو په ګډون، فورمه به نیمګړتیا وګڼل شي، او ستاسو با اختیار استازی نشي کولی ستاسو په استازیتوب عمل وکړي.

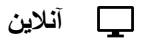
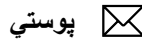
برخه 1 — تاسو اړتیا لرئ برخه بشپړه کړئ 1. تاسو به اړتیا ولرئ چې وټاکئ که تاسو یو با اختیار استازی وټاکئ، بدل کړئ یا لري کړئ. تاسو به خپل نوم او د زیږون نېټه هم چمتو کړئ ترڅو موږ تاسو وپېژنو. که تاسو یو با اختیار استازی وټاکئ یا بدل کړئ، غوره کړئ که تاسو غواړئ چې ستاسو با اختیار استازی ستاسو د لیکونو کاپي ترلاسه کړي. که تاسو هم د روغتیا پاملرنې برنامې لپاره غوښتنلیک ورکوئ یا نوم لیکنه کوئ، نو غوره کړئ که تاسو غواړئ اجازه ورکړئ چې خپل مجاز استازی ستاسو په استازیتوب نور اقدامات وکړي. ډاډ ترلاسه کړئ مخکې له دې چې تاسو هو وګورئ د خوندي روغتیا معلوماتو اجازه لیک لوستل او موافق یاست. بیا، د پوهاوي بیانونه ولولئ. که تاسو موافق یاست، فورمه لاسلیک او نېټه ولیکئ.

برخه 2 — ستاسو مجاز استازی باید د 2 برخه بشپړ کړي. ستاسو مجاز استازی به اړتیا ولري چې خپل نوم او د اړیکو معلومات چمتو کړي. دوی به هم اړتیا ولري چې د تفاهم بیانونه ولوستل شي او فورمه لاسلیک او نېټه وکړي که چیرې دوی د بیانونو سره موافق وي.

برخه 3 — که تاسو یو باصلاحیت استازی وټاکئ یا بدل کړئ، نو تاسو به اړتیا ولرئ چې ستاسو د مجاز استازي پرته بل څوک وګوري چې تاسو دا فورمه لاسلیک کوي. دا سړی شاهد بلل کيږي. که تاسو دا فورمه د یو سره لاسلیک کړئ "X"، بیا دوه شاهدان باید تاسو وګوري چې فورمه لاسلیک کړي. شاهد یا شاهدان باید خپل نوم، لاسلیک او هغه نېټه چې فورمه یې لاسلیک کړې چمتو کړي.

د فورمي سپارل

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

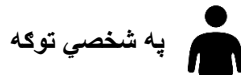


- که تاسو په **Milwaukee** کاونټي، اوسېږئ، فورمه دې ته واستوئ:
MDPU
6055 N. 64th St.
Milwaukee, WI 53218

د فورمي ټولې پاڼې ACCESS ته سکین کړئ. تاسو کولی شئ دا د خپل ACCESS حساب له لارې ترسره کړئ، کوم چې تاسو په access.wi.gov (یادونه: که تاسو د ACCESS حساب نلرئ، تاسو کولی شئ access.wi.gov ته لار شئ او یو جوړ کړئ).

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

یادونه: تاسو کولی شئ یوازې په ځانګړو وختونو کې ACCESS ته فورمي سکین کړئ. که تاسو نشئ کولی فورمه ACCESS ته سکین کړئ، فورمه د یوې بلې لارې په کارولو سره وسپارئ.



فورمه خپلې ادارې ته واخلم. ستاسو د ادارې د اړیکو معلومات د ویسکونسن د Department of Health Services (روغتیا خدماتو څانګې) (DHS) په ویب پاڼه کې دي dhs.wi.gov/im-agency.

- که تاسو په **Milwaukee** کاونټي، کې اوسېږئ، 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 ویب پاڼې ته لار شئ www.dhs.wisconsin.gov/forwardhealth/representative-types.htm.



د غوښتونکي / غړي لخوا ډک شي

برخه 1

زه:

☐ باصلاحیته استازی ټاکم. تاسو باید د ټوله 1 برخه ډکه کړئ.

☐ زما د مجاز استازی بدلول. تاسو باید د ټوله 1 برخه ډکه کړئ. ډاډ ترلاسه کړئ چې تاسو په B برخه کې د خپل نوي مجاز استازي په نوم ولیکئ.

☐ زما د مجاز استازی لیرې کول. تاسو باید 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 زیریدو نېټه

د قضیې شمیره (که تاسو لرئ)

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 ګټو په اړه د لیکونو کاپي ترلاسه کړي.

☐ هو ☐ نه

برخه C: د اجازې اضافي معلومات - یوازې د روغتیا پاملرنې پروګرامونه (اختیاري)

زه د روغتیايي پاملرنې په یو پروګرام کې (لکه SeniorCare، BadgerCare Plus، Wisconsin Medicaid یا Family Planning Only Services) د ثبتېدو لپاره غوښتنه کوم یا پکې شامل یم، او غواړم چې زما مجاز استازی لاندې ټول کارونه زما په استازیتوب ترسره کړي:

• (لپاره اړوند نه ده SeniorCare دا د) کارت ترلاسه کول ForwardHealth زما پر ځای زما.

• (لپاره اړوند نه ده SeniorCare دا د) کې شاملول HMO ما په

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

• زما د روغتیا پاملرنې خدماتو په اړه شکایتونه او اپیلونه درج کړئ (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 HMOs 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 ناروغۍ، د درملتون خدمتونه، HIV/AIDS، د غاښونو ریکارډونه، او پرمختیايي معلولیتونه.

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 کوونکي 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 روغتیايي معلوماتو خپرولو اجازه رد کړم. د نمبر چک کول به د درملنې چمتو کولو، تادیبه کولو، په روغتیا پالن کې نوم لیکنه، یا د ګټو لپاره وړتیا اغیزه ونکړي مګر دا چې د پروګرام لپاره د وړتیا ټاکلو یا په پروګرام کې د نوم لیکنې 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 لیکلې ډول خبر ورکړم. په هر صورت، د اجازې لرې کول به خوندي روغتیايي 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.
 - جرمه 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 نېټه

لاسلیک — غوښتونکی/غړی



د لاسلیک نېټه



د مجاز استازي لخوا پک شي

برخه 2

برخه A: د اړیکې معلومات

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

د کوڅې ادراس

ښار

ریاست

زیپ کوډ

د تلیفون شمیره (د ساحې کوډ شامل دي)

د بریښنالیک پته (اختیاري)

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 کړم چې د غوښتونکي یا غږي شرایطو سره آشنا شم.
- غوښتونکي یا غږي کولی شي زه په هر وخت کې د دوی د مجاز استازی 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 استازی یم تر څو چې دوی د بل مجاز استازي غوښتنه ونه کړي یا دا غوره کړي چې مجاز استازی 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 محرمیت 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 نېټه

لاسلیک — مجاز استازي



د لاسلیک نېټه



د شاهدانو لخوا ډکول

برخه 3

نوم - شاهد (وروستی، لومړی، منځنی ابتدا)

لاسلیک — شاهد



د لاسلیک نېټه

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

لاسلیک — شاهد



د لاسلیک نېټه

د خوړو د مرستې بشپړونکي پروگرام (SNAP) او د متحده ایالاتو ځایي سور پوستو ته ځانګړی شوی سیمو کې د خوراکي توکو د ویش پروگرام (FDPIR) ایالتي یا سیمه ییزې ادارې او د هغوی فرعي 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 تګلارې سره سم دغه اداره د نژاد، رنګ، ملی منشاء، جنسیت (د جنسې هویت او جنسې تمایل په شمول) مذهبي عقیدې، معلولیت، سن، سیاسي اعتقادات، پر اساس تبعیض یا غچ اخیستنې یا د مخکني مدني حقوقو فعالیت له کبله د انتقام اخیستنې عمل ممنوع دی.

د دې پروګرام په هکله معلومات کیدای شي په غیر انګلیسي ژبو کې هم د لاسرسی وړ وي. هغه کسان چې کوم ډول معلولیت لري او یا د معلوماتو ترلاسه کولو لپاره بېل اېزارو 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 خبرولو خدماتو له لارې د امریکې متحده ایالاتو د کرنې وزارت سره په 877-8339 (800) شمېره اړیکه ونیسي.

د دې پروګرام پورې اړوند د تبعیض شکایتونه باید د شکایت کوونکي، 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 کوونکي 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 نیتي 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 (833)-256-1665

(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

Wisconsin Department of Health Services (د روغتيايي خدماتو څانگه) د فدرالي مدني حقونو نافذه قوانينو ته ژمنه ده او د نژاد، رنگ، قوميت، عمر، معلوليت، يا جنسيت پر بنسټ تبعيض نه کوي (د اميندواري، جنسيتي هويت او جنسي تمايل په شمول). Department of Health Services (د روغتيايي خدماتو څانگه) د نژاد، رنگ، قوميت، عمر، معلوليت يا جنسيت له امله خلک نه ليري کوي او نه هم د هغوی سره توپيري چلند کوي.

د Department of Health Services (روغتيايي خدماتو څانگه):

- د معلوليت لرونکو خلکو لپاره وړيا مرستې او خدمتونه وړاندې کوي ترڅو له موږ 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 فارميتونه).
- هغو خلکو ته چې لومړنۍ ژبه يې انگليسي 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 شميره د Department of Health Services (روغتيايي خدماتو څانگې) د مدني حقونو همغري 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 راغلی 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, 201 E. Washington Ave., Room E200B, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 844-201-6870, TTY: 711, برېښنالیک ته dhsarc@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 همغري 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 تليفون 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 فورمي په کې شتون لري <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).	Deutsch (Pennsylvania Dutch) Wann du Deutsch (Pennsylvania Dutch) schwetzscht, kannscht du ebber grieg as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).
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).	ລາວ (Laotian) ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).
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).	Français (French) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).
Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).	Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).
العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).	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।
Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).	Shqip (Albanian) KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).
한국어 (Korean) 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	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).
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).	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).