အပိုင်းတိုင်းတွင် အချက်အလက် ဖြည့်နိုင်သမျှဖြည့်ပါ။ ပုံစံကို စာတိုက်မှပို့ပါက သို့မဟုတ် ဖက်စ်ဖြင့်ပို့ပါက ဘောပင် မင်အနက် သို့မဟုတ် အပြာကိုသုံးပါ။

**အပိုင်း 1 - တိုင်ကြားလွှာတင်သူ -**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| တိုင်ကြားလွှာတင်သူ၏ အမည် -  | ပထမအမည် နောက်ဆုံးအမည် | အမည်မဖော်ပြရန် [ ]  |
| ဖုန်းနံပါတ် (###) ###-#### -  | (   )    -     |
|  အီးမေးလ်လိပ်စာ -  |      @       |
| တိုင်ကြားလွှာတင်သူ၏ အခန်းကဏ္ဍ -  | တစ်ခုကိုရွေးပါ။ |
| 'အခြား' ကိုရွေးခဲ့ပါက သင်၏အခန်းကဏ္ဍကို ရှင်းပြပါ - |       |

**အပိုင်း 2 - တိုင်ကြားလွှာ -**

|  |  |
| --- | --- |
| ဖြစ်ပွားသည့်နေ့ရက် (လ/နေ့/နှစ်) - |   /  /     |
| ဖြစ်ပွားသည့်အချိန် - |       |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  ရိုင်းပျသော သို့မဟုတ် အနှောင့်အယှက်ဖြစ်စေသော အပြုအမူ | [ ]  ပါဝင်သူသည် အကျိုးခံစားခွင့်များကို မည်သို့အသုံးပြုရမည်ကို မသိရှိပါ |
| [ ]  ဆဲဆိုသော သို့မဟုတ် ရိုင်းပြသော အမူအရာများပြုလုပ်ခြင်း | [ ]  စိုက်ပျိုးသူကို ကောက်ခံသောအခွန် |
| [ ]  နာကျင်စေရန်ခြိမ်းခြောက်ခြင်း သို့မဟုတ် ကိုယ်ထိလက်ရောက် စော်ကားခြင်း | [ ]  စိုက်ပျိုးသူက WIC CVB၊ FMNP သို့မဟုတ် SFMNP အကျိုးခံစားခွင့်များကို လက်မခံခြင်း |
| [ ]  စျေးတွင် ထုတ်ကုန်များပြတ်လပ်နေခြင်း | [ ]  ရောင်းချသူသည် စိုက်ပျိုးသူမဟုတ်ဘဲ ပွဲစားဖြစ်နေခြင်း |
| [ ]  လူမျိုး၊ အသားအရောင်၊ မိခင်နိုင်ငံ၊ လိင် (လိင်သတ်မှတ်ချက်နှင့် လိင်စိတ်တိမ်းညွှတ်မှု အပါအဝင်)၊ မသန်စွမ်းမှု၊ အသက်အရွယ်တို့အပေါ် အခြေခံကာ ခွဲခြားဆက်ဆံခံရခြင်း |
| [ ]  အခြား (ဖော်ပြပေးပါ) - စာရေးရန် ဤနေရာကို နှိပ်ပါ သို့မဟုတ် ထိပါ။ |

**အဖြစ်အပျက်အသေးစိတ်ကို အောက်တွင်ဖော်ပြပါ။ လိုအပ်သလို စာမျက်နှာအပိုများ အသုံးပြုပါ။**

စာရေးရန် ဤနေရာကို နှိပ်ပါ သို့မဟုတ် ထိပါ။

**အပိုင်း 3 - တိုင်ကြားခံရသော လူ၊ စျေး သို့မဟုတ် ဆေးခန်း -**

|  |  |
| --- | --- |
| အမည်  | ပထမအမည် နောက်ဆုံးအမည် |
| WIC ပါဝင်သူဖြစ်ပါက ပါဝင်သူ ID ကိုထည့်ပါ - |       | WIC ပါဝင်သူ ID မသိရှိပါ [ ]  |
| စျေး သို့မဟုတ် ဆေးခန်းအမည် -  |       |
| လိပ်စာ -  | လိပ်စာ စာကြောင်း 1 လိပ်စာ စာကြောင်း 2 |
| မြို့၊ ပြည်နယ်၊ စာပို့သင်္ကေတ - | မြို့ ၊ ပြည်နယ်၊ စာပို့သင်္ကေတ |
| ဖုန်းနံပါတ် (###) ###-#### -  | (   )    -     |

**အပိုင်း ၄ - တိုင်ကြားလွှာ လက်ခံသူ -**

|  |  |
| --- | --- |
| အမည် -  | ပထမအမည် နောက်ဆုံးအမည် |
| ရက်စွဲ (လ/နေ့/နှစ်) - |   /  /     |
| အချိန် - |       |
| ဖုန်းနံပါတ် (###) ###-#### -  | (   )    -     |

သင်၏ တိုင်ကြားမှုကို ဝါရှင်တန်ပြည်နယ် WIC ပရိုဂရမ်သို့ခေါ်ဆို၍ ပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။ 1-800-841-1410 လိုင်းခွဲ 2 သို့ခေါ်ဆို၍ 2 ကိုနှိပ်ပြီး Farmers Market Nutrition Program (FMNP၊ လယ်သမားစျေး အာဟာရပရိုဂရမ်) ဝန်ထမ်းထံ ခေါ်ဆိုပါ။

DOH 964-001 August 2024 Burmese

ပုံစံအား အီးမေးလ်၊ စာတိုက်မှတစ်ဆင့် သို့မဟုတ် ဖက်စ်ဖြင့် ပို့ရန် -

WIC FMNP Coordinator

Washington WIC Program

PO Box 47886

Olympia, WA 98504-7886

ဖက်စ်ဖြင့်- 360-236-2345 / အီးမေးလ်ဖြင့် - [FMNPteam@doh.wa.gov](file:///C%3A%5CUsers%5Csja2303%5CAppData%5CLocal%5CMicrosoft%5CWindows%5CINetCache%5CContent.Outlook%5CGHOB4A8D%5C%E1%80%A1%E1%80%AE%E1%80%B8%E1%80%99%E1%80%B1%E1%80%B8%E1%80%9C%E1%80%BA%E1%80%95%E1%80%AD%E1%80%AF%E1%80%B7%E1%80%9B%E1%80%94%E1%80%BA-FMNPteam%40doh.wa.gov)

ဤအဖွဲ့အစည်းသည် အခွင့်အရေး သာတူညီမျှပေးသော အဖွဲ့အစည်း ဖြစ်ပါသည်။

ဝါရှင်တန် WIC သည် ခွဲခြားဆက်ဆံခြင်း မရှိပါ။

ဤစာရွက်စာတမ်းကို အခြားပုံစံတစ်ခုဖြင့် ရယူလိုပါက 1-800-841-1410 ကိုဖုန်းခေါ်ပါ။

နားမကြားသူများနှင့် အကြားအာရုံချို့ယွင်းနေသည့် သုံးစွဲသူများအနေဖြင့် 711 (Washington Relay) သို့ဖုန်းခေါ်ပေးပါ

သို့မဟုတ် [wic@doh.wa.gov](file:///C%3A%5CUsers%5Csja2303%5CAppData%5CLocal%5CMicrosoft%5CWindows%5CINetCache%5CContent.Outlook%5CGHOB4A8D%5C%E1%80%A1%E1%80%AE%E1%80%B8%E1%80%99%E1%80%B1%E1%80%B8%E1%80%9C%E1%80%BA%E1%80%95%E1%80%AD%E1%80%AF%E1%80%B7%E1%80%9B%E1%80%94%E1%80%BA-wic%40doh.wa.gov)သို့ သို့အီးမေးလ်ပို့ပေးပါ ။