न्यू यॉर्क राज्य स्वास्थ्य विभाग
पोषण/WIC कार्यक्रम अनुभाग

प्राधिकरण फार्म

For Office Use Only

Validation Date: _____

Void Date: _____

Participant's Initials: _____

अगर आप उस समय के लिए किसी अन्य व्यक्ति को अपना प्रतिनिधित्व करने के लिए अधिकृत करना चाहते हैं, जब आप WIC मुलाक़ातों में भाग लेने या भोजन के उपकरण भुनाने में असमर्थ होंगे, तो कृपया या तो माता-पिता/जीवन-साथी/साथी, प्रतिनिधि या प्रॉक्सी पर चेक करें। आपको अपना प्रतिनिधित्व करने के लिए दो व्यक्तियों तक रखने की अनुमति है, लेकिन यह ज़रूरी नहीं है।

यह फार्म WIC रिकॉर्ड रिलीज़ करने की अनुमति नहीं है।

प्रतिभागी का(के) नाम	निजी WIC ID नंबर

☐ माता-पिता/जीवन-साथी/साथी
- का WIC कार्यक्रम के अंतर्गत वही अधिकार हैं जो नामांकन करने वाले माता-पिता/जीवन-साथी/साथी के होते हैं
- प्रतिनिधि या प्रॉक्सी अधिकृत कर सकता है
- सभी ज़रूरी फ़ॉर्म पर हस्ताक्षर कर सकता है
- आपकी प्रमाणन मुलाक़ातों पर आपका प्रतिनिधित्व कर सकता है
- आपके बच्चों की प्रमाणन मुलाक़ातों पर आपका प्रतिनिधित्व कर सकता है
- पोषण शिक्षा मुलाक़ातों पर आपका और/या आपके बच्चों का प्रतिनिधित्व कर सकता है
- आपके भोजन उपकरण ले सकता है और उन्हें भुना सकता है

☐ प्रतिनिधि
- ऐसा व्यक्ति होना चाहिए जो प्रतिभागी की प्राथमिक देखभाल के लिए जिम्मेदार हो और प्रतिभागी(गियों) की भोजन की आदतों और चिकित्सा स्थिति के बारे में जानकारी देने में सक्षम हो
- सभी ज़रूरी फ़ॉर्म पर हस्ताक्षर कर सकता है
- आपके बच्चों की प्रमाणन मुलाक़ातों पर आपका प्रतिनिधित्व कर सकता है
- पोषण शिक्षा मुलाक़ातों पर आपका और/या आपके बच्चों का प्रतिनिधित्व कर सकता है
- आपके भोजन उपकरण ले सकता है और उन्हें भुना सकता है

☐ प्रॉक्सी
- पोषण शिक्षा मुलाक़ातों पर आपका और/या आपके बच्चों का प्रतिनिधित्व कर सकता है
- आपके भोजन उपकरण ले सकता है और उन्हें भुना सकता है

हस्ताक्षर _____ तिथि _____

नाम (कृपया प्रिंट करें) _____

पता _____ मुला. # _____

शहर _____ स्थिति _____ ज़िप कोड _____

फ़ोन # _____

Verification of Correct Information

Initial/Date	Initial/Date
Initial/Date	Initial/Date
Initial/Date	Initial/Date
Initial/Date	Initial/Date

मैंने उपर्युक्त अधिकृत माता-पिता/जीवन-साथी/साथी, प्रतिनिधि या प्रॉक्सी को WIC कार्यक्रम के नियमों और विनियमों पर निर्देश दिए हैं जिसमें भोजन उपकरणों के समुचित उपयोग और भुनाने का स्थान शामिल है। मैं समझता हूँ कि में उपर्युक्त व्यक्ति द्वारा WIC कार्यक्रम के अनुचित या धोखाधड़ी के इस्तेमाल के लिए उत्तरदायी हूँ।

_____ _____

प्रतिभागी/माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर(फ़ॉर्म पूरा होने के बाद ही हस्ताक्षर करें) तिथि