

Droits et responsabilités du participant WIC

J'ai reçu des informations concernant mes droits et responsabilités en tant que participant WIC. Je comprends que j'ai le droit :

- *D'être traité(e) de manière courtoise et équitable par le personnel du programme WIC et les employés de supermarchés.*
- *D'être assuré(e) du maintien de la confidentialité des renseignements que j'ai donnés au personnel du programme WIC. Ils ne seront donnés à aucune personne ne faisant pas partie du programme WIC sans mon autorisation.*
- *De bénéficier d'une éducation nutritionnelle et recevoir des renseignements sur les soins de santé et d'autres services utiles.*
- *De me rendre dans n'importe quel supermarché ou pharmacie dans l'État de New York autorisé à accepter le WIC.*
- *De recevoir un lot alimentaire qui répond à mes besoins nutritionnels ou à ceux de mon enfant.*
- *De demander d'être transféré(e) vers une autre agence WIC locale.*
- *D'être prévenu(e) quand mes prestations dans le cadre du programme WIC prennent fin, et d'en connaître la raison.*
- *De demander une audience équitable si je ne suis pas d'accord avec les décisions prises concernant mon admissibilité au programme.*

Je déclare, qu'au meilleur de mes connaissances, les renseignements que j'ai fournis pour vérifier mon admissibilité au programme WIC sont exacts. Je comprends que :

- *Le personnel du programme WIC peut vérifier les renseignements que je lui ai fournis pour confirmer leur exactitude.*
- *Je dois avertir le bureau WIC local si je compte déménager, change de numéro de téléphone, en cas de modification des revenus du ménage ou si je souhaite changer de WIC.*
- *En cas de déclaration fausse ou trompeuse, ou si je cache des renseignements intentionnellement dans le but de bénéficier des prestations du WIC, je serai peut-être obligé(e) de rembourser à l'État les prestations que je n'aurais pas dû recevoir. Je pourrai être passible de poursuites judiciaires par les responsables du gouvernement de l'État de New York ou fédéral.*
- *Je ne peux participer que dans un seul programme WIC ou programme CSFP (Programme complémentaire en denrées alimentaires). Je certifie sur l'honneur que je ne fais pas actuellement partie d'un autre programme WIC ou CSFP.*
- *Les aliments WIC sont uniquement destinés au membre de la famille participant. Je ne peux pas vendre ou donner des aliments ou des chèques WIC.*
- *Si j'ai besoin de faire modifier ou d'arrêter mon lot alimentaire, j'appellerai mon bureau local du WIC.*

Je suis informé(e) que l'agence locale me donnera accès à des services de santé et une éducation nutritionnelle, et ma participation à ces services est encouragée.

Je peux faire appel de toute décision prise par l'agence locale concernant mon admissibilité au programme.

Je suis informé(e) que les critères d'admissibilité et de participation au programme WIC sont les mêmes pour tout le monde, quels que soient la race, la couleur, l'origine nationale, l'âge, le handicap ou le sexe.

Vous devez introduire cette attestation dans le système informatique pour recevoir vos chèques WIC :

J'ai été averti(e) de mes droits et obligations dans le cadre du Programme WIC. Je certifie que les informations fournies pour établir ma capacité à participer au programme sont complètes et précises. Ces informations ont été fournies afin d'obtenir les primes WIC. J'ai conscience que les contrôleurs WIC fédéraux ou locaux sont susceptibles

de les vérifier. Je comprends par ailleurs que toute fausse déclaration peut donner lieu à des poursuites au civil ou au pénal en vertu de la loi de l'État ou fédérale. Parmi les fausses déclarations figurent la falsification, la dissimulation ou l'omission intentionnelles des revenus du ménage, de la taille du ménage, des données médicales, du statut Medicaid et du lieu de résidence. Je comprends par ailleurs qu'une fausse déclaration, la dissimulation ou l'omission de faits peut entraîner la déchéance de mes droits de participation au programme et le remboursement des aliments qui m'ont été remis, et ce, même si je n'avais pas l'intention d'abuser de ces primes. Je comprends ne pouvoir participer qu'à un seul programme WIC ou un seul programme Commodity Supplemental Food Program (CSFP). Je déclare par ailleurs ne participer à aucun autre programme WIC ou Commodity Supplemental Food Program (CSFP). Je demande la production et la remise des chèques dès ce jour.

Demande d'audience équitable

Si votre participation est refusée ou que vous êtes disqualifié(e) du programme WIC, vous avez le droit de demander une audience équitable si vous n'êtes pas d'accord avec cette décision. Vous devez recevoir un avis écrit vous informant de votre droit d'obtenir une audience équitable. Vous pouvez demander un entretien avec l'agence locale dans un délai de sept jours pour parler de vos préoccupations avant de faire la demande d'audience équitable. Vous devez contacter l'agence locale et demander une audience équitable dans les 60 jours suivant votre rejet ou disqualification. Le personnel de l'agence locale est là pour vous aider à remplir un formulaire de plainte.

Déclaration de non-discrimination de l'USDA

Le Département américain de l'Agriculture interdit toute discrimination contre ses clients, employés et candidats en termes de race, couleur de peau, origine, âge, handicap, sexe, identité sexuelle, religion, représailles et, le cas échéant, croyances politiques, État civil, composition familiale ou parentale, orientation sexuelle, si l'intégralité ou une partie des revenus de la personne provient d'un programme d'aide publique, voire sur la base de données génétiques confidentielles, des programmes ou d'activités menés ou financés par le Département. (Certains éléments ne concerneront pas tous les programmes et/ou emplois).

Si vous souhaitez déposer une plainte pour discrimination au civil, remplissez le formulaire disponible à l'adresse : http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html ou dans n'importe quel bureau de l'USDA. Vous pouvez aussi demander le formulaire par téléphone au (866) 632 9992. Vous pouvez écrire un courrier contenant toutes les informations demandées dans le formulaire. Envoyez le formulaire dûment rempli ou le courrier à U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, par fax au (202) 690 7442 ou par courriel à l'adresse program.intake@usda.gov.

Les personnes sourdes, malentendantes ou souffrant de troubles de la parole peuvent contacter l'USDA par le biais du Federal Relay Service accessible au (800) 877 8339 ou au (800) 845 6136 (espagnol).

L'USDA est un fournisseur et un employeur souscrivant au principe d'égalité d'accès à l'emploi.

Déclaration de Non-Discrimination de l'État de New York

L'État de New York interdit toute discrimination fondée sur la croyance, la situation familiale et l'orientation sexuelle.

Les personnes qui estiment avoir été victimes de discrimination telle que définie par la Loi sur les droits de l'homme de l'État de New York doivent appeler la ligne gratuite d'assistance téléphonique Growing Up Healthy (Grandir en bonne santé) au 1-800-522-5006, ou écrire au directeur du programme WIC à l'adresse suivante : WIC Program Director, NYSDOH, Riverview Center, 6th Floor West, Room 650, 150 Broadway, Albany NY 12204.

