

# WIC 参与者的权利和责任

作为WIC参与者，本人已收到说明本人权利和责任的信息。本人理解，本人有权：

- 受到WIC员工和杂货店雇员的公平、礼貌对待。
- 要求WIC确保本人已提供给WIC员工的信息处于保密状态。未经本人许可，WIC不得将此类信息披露给WIC计划以外的任何人。
- 获得关于医疗护理的营养学教育和信息以及其它有用的服务。
- 到纽约州（NYS）境内接受WIC计划的任何杂货店或药房购物。
- 获得能够满足本人或本人子女营养需求的食品组合。
- 要求调转到另一家WIC本地代理处。
- 在本人的WIC计划福利终止时收到书面通知。
- 如果本人不同意WIC对本人是否有资格参加计划作出的决定，本人可以要求召开公平听证会。

据本人所知，本人为了证明自己有资格参加WIC计划而提供的信息真实、准确。本人理解：

- 纽约州妇女、婴儿和儿童 (Women, Infants, Children, WIC) 计划可能会授权与特定健康和教育计划分享我的 WIC 信息，例如 Medicaid、营养补充援助计划 (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)、贫困家庭临时援助 (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) 和托儿协助计划 (Child Care Assistance Program)。这些信息仅供州和地方 WIC 机构及公共组织在管理其为符合 WIC 计划资格的人员服务的计划时使用。这些项目可能会将这些信息用于以下目的：确定本人是否有资格参加他们的项目；为本人提供有关这些课程的信息并使申请过程更容易；如果本人已经参加了他们的计划，则改善本人健康、教育或福祉；以及确保本人的医疗需求得到满足。
- WIC计划的员工可能会检查本人提供的信息是否准确。他们可能会通过与本人的雇主联系或通过其它渠道了解本人的收入情况。他们可能通过纽约州税务与财政部获得本人的纳税记录。他们在决定本人是否有资格参加WIC计划时不会要求本人提供申请日期前12个月之前的信息。如果他们需要查看本人是否存在违反任何WIC规则的情形，他们可能会要求本人提供属于本人享受WIC福利期间的任何相关信息。
- 如果本人计划搬家、变更电话号码，本人家庭中任何成员的收入发生变化或本人想要转到另一家WIC本地代理处，本人必须通知当前WIC本地代理处。
- 如果本人为了获得WIC福利而故意隐瞒事实或相关信息，本人必须将自己原本无资格享受的福利退还给州政府。此外，本人可能会被纽约州或联邦官员起诉。
- 本人仅可参加一项WIC计划。本人确认自己目前未参加任何其它WIC计划。
- WIC食品仅供已加入WIC计划的家庭成员食用。本人不得以任何方式销售、许诺销售WIC福利，或将WIC福利赠送给其他人。
- 如果本人需要改变食品组合或暂停领取食品，本人将致电WIC本地代理处。

本人了解，WIC本地代理处将为本人提供健康服务和营养学教育，WIC鼓励本人接受此类服务。

本人了解，WIC计划在确定参与者是否具备资格时秉持人人平等的原则，无论种族、肤色、民族、年龄、残障或性别。

续页



Department  
of Health

---

## 要求召开公平听证会

如果您提出的福利申请被否决或您享受的福利停止，您有权要求召开公平听证会。公平听证会为您提供了一次向法官陈述自己认为上述决定有误的机会。您必须在自己的福利申请被否决或您得知福利即将停止时起的60天内要求召开公平听证会。如果您未在60天内提出要求，您将会失去要求召开公平听证会的机会。

认证期间是指您享受WIC福利期间。如果您享受的福利在认证期间结束，并且，您在15天之内要求召开听证会，您可以继续享受福利，直至得知听证会结果或认证期间结束（以时间在先者为准）。您可以向WIC本地代理处（员工会为您提供协助）提出召开听证会的要求，或与纽约州WIC计划联系：

邮寄地址： WIC Program Director  
NYSDOH, Riverview Center  
150 Broadway, 6th Floor  
Albany, NY 12204

电话： (518) 402-7093;  
传真： (518) 402-7348; 或  
电子邮箱： NYSWIC@HEALTH.NY.GOV

---

## 本声明是本人接受WIC福利之前在计算机系统中签署的证词：

本人已了解自己在WIC计划之下的权利和义务。本人证明：据本人所知，本人为进行资格认证而提供的信息完整、准确。本人提供此类信息的目的是享受WIC福利。本人理解，纽约州或本地WIC代理处官员可能会在必要时通过与本人的雇主联系或通过其它渠道了解本人的收入情况和/或通过纽约州税务与财政部获取本人的纳税记录，以便检验上述信息。本人特此授权纽约州税务与财政部为此目的披露本人的纳税记录，包括本人的雇主提供给纽约州税务与财政部的与新就业及工资报告信息有关的就业信息。本人理解，故意作出虚假陈述的行为可能导致本人受到州和/或联邦法律之下的民事或刑事起诉。故意虚假陈述包括但不限于故意伪造、隐瞒或遗漏家庭收入、家庭人数、医疗数据、Medicaid状态和住所。此外，本人理解，作出虚假或误导性陈述或虚假陈述、隐瞒或遗漏事实可能导致本人被取消资格，本人可能需要偿还自己已经享受的WIC福利（以美元价值计算），无论本人是否故意通过不当手段获取福利。最后，本人理解，本人仅可参加一项WIC计划。本人特此证明，本人目前没有参加任何其它WIC计划。本人要求今天享受此项福利。

---

根据联邦民权法和美国农业部 (**U.S. Department of Agriculture, USDA**) 民权法规和政策，本机构不得基于种族、肤色、国籍、性别（包括性别认同和性取向）、残障、年龄而歧视他人，或是针对先前的民权活动进行打击或报复。

本机构同时提供英语版本及其他语言版本的计划信息。需要通过其他通讯方式（如盲文、大字版、录音带、美国手语）来获取计划信息的残障人士应联系负责管理此计划的州或地方机构，或致电 (202) 720-2600（语音和 TTY）联系 USDA 的 TARGET Center，或通过联邦转接服务电话 (800) 877-8339 与 USDA 联系。

如需提交计划歧视投诉，投诉人应填写表 AD-3027，即“USDA 计划歧视投诉表” (USDA Program Discrimination Complaint Form)，该表格的获取方式如下：网上下载（网址为 <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>）；致电 (866) 632-9992 向任一 USDA 办公室索取；或寄信至 USDA。信中必须包含投诉人的姓名、地址、电话号码以及关于所控歧视行为的详尽书面说明，以便民权事务助理秘书长 (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) 了解所控民权侵权行为的性质和日期。请务必将填写的 AD-3027 表格或信件通过以下方式提交给 USDA：

- (1) 邮寄： U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) 传真： (833) 256-1665 或 (202) 690-7442; 或
- (3) 电子邮件： [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)。

本机构为平等机会提供者。

如需提出其他投诉或请求公平听证会，请联系：

- (1) 邮寄： WIC Program Director  
NYSDOH, Riverview Center  
150 Broadway, 6th Floor  
Albany, NY 12204; 或
- (2) 电话： (518) 402-7093; 传真 (518) 402-7348; 或
- (3) 电子邮件： [NYSWIC@HEALTH.NY.GOV](mailto:NYSWIC@HEALTH.NY.GOV)
-