

Prawa i obowiązki uczestnika Programu WIC

Otrzymałem/-am informacje na temat moich praw i obowiązków jako uczestnika Programu WIC. Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo do:

- *sprawiedliwego i godnego traktowania ze strony personelu Programu WIC oraz pracowników sklepów spożywczych;*
- *zachowania poufności moich danych przekazanych personelowi programu WIC. Nie będą one udostępniane nikomu spoza Programu WIC bez mojej zgody;*
- *uzyskania porad o prawidłowym żywieniu oraz informacji o służbie zdrowia, a także innych przydatnych usługach;*
- *korzystania z dowolnego sklepu spożywczego lub apteki w stanie Nowy Jork (NYS), które biorą udział w Programie WIC;*
- *otrzymania paczki żywnościowej spełniającej moje potrzeby żywieniowe lub potrzeby mojego dziecka;*
- *poproszenia o przeniesienie do innej lokalnej agencji WIC;*
- *otrzymania pisemnego zawiadomienia o tym, kiedy i dlaczego skończą się moje świadczenia w ramach Programu WIC;*
- *poproszenia o sprawiedliwą rozprawę, jeżeli nie zgadzam się z decyzjami w sprawie mojego zakwalifikowania się do Programu.*

Przekazane przeze mnie informacje pozwalające sprawdzić, czy kwalifikuję się do Programu WIC są, zgodnie z moją najlepszą wiedzą, poprawne. Przyjmuję do wiadomości, że:

- *Program WIC Stanu Nowy Jork może zezwolić na udostępnienie dotyczących mnie informacji WIC w ramach określonych programów zdrowotnych i edukacyjnych takich jak Medicaid, program dodatkowej pomocy żywnościowej (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), program doraźnej pomocy rodzinom w potrzebie (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), program pomocy w opiece nad dzieckiem (Child Care Assistance). Informacje te będą wykorzystywane przez stan oraz lokalne agencje WIC i organizacje publiczne wyłącznie w celach administracyjnych dotyczących programów dla osób uprawnionych do programu WIC. Programy mogą wykorzystywać te informacje do następujących celów: określenie mojego prawa do programów, przekazanie mi informacji na temat tych programów i usprawnienie procesu aplikacyjnego, poprawienie mojego zdrowia, wykształcenia lub zapewnienie mi dobrobytu w przypadku, gdy biorę już udział w programach, upewnienie się co do spełnienia moich potrzeb związanych z ochroną zdrowia.*
- *Personel Programu WIC może sprawdzić podane przeze mnie informacje, aby zweryfikować ich poprawność. Pracownicy Programu mogą skontaktować się z moimi przełożonymi w celu potwierdzenia moich dochodów lub uzyskać te informacje z innych źródeł. Mogą uzyskać moją dokumentację podatkową w Departamencie Podatków i Finansów stanu Nowy Jork (NYS Department of Taxation and Finance). Przy podejmowaniu decyzji o tym, czy mogę brać udział w Programie WIC, pracownicy będą prosić tylko o informacje z ostatnich 12 miesięcy przed złożeniem wniosku. Jeśli będą chcieli sprawdzić, czy zasady WIC zostały naruszone, mogą poprosić o informacje dotyczące każdego okresu, w którym otrzymywałem/-am świadczenia w ramach Programu WIC.*
- *Muszę powiadomić lokalną agencję WIC, jeżeli zamierzam się przeprowadzić, zmienia się mój numer telefonu, zmienia się dochód którejkolwiek osoby w moim gospodarstwie domowym lub jeżeli chcę zmienić lokalną agencję WIC.*
- *Jeśli nie mówię prawdy lub jeśli ukrywam informacje w celu uzyskania świadczeń w ramach Programu WIC, być może będę musiał/-a zwrócić państwu koszty świadczeń, do których się nie kwalifikowałem/-am. Mogę również zostać postawiony/-a przed sądem na skutek złożenia skargi przez urzędników stanu Nowy Jork lub urzędników federalnych.*
- *Mogę zarejestrować się tylko w jednym Programie WIC. Potwierdzam, że nie jestem obecnie zarejestrowany/-a w żadnym innym programie WIC.*
- *Żywność otrzymywana w ramach Programu WIC jest przeznaczona tylko dla członka rodziny osoby zarejestrowanej w Programie. Nie mogę w żaden sposób sprzedawać, oferować do sprzedaży ani oddawać świadczeń otrzymanych w ramach Programu WIC.*
- *Jeżeli moja paczka żywnościowa wymaga zmiany lub tymczasowego wstrzymania, zadzwonię do lokalnej agencji WIC.*

Rozumiem, że lokalna agencja WIC udostępni mi usługi zdrowotne oraz usługi edukacji żywieniowej i zachęci mnie do korzystania z tych usług.

Rozumiem, że zasady i kryteria kwalifikujące do uczestnictwa w Programie WIC są takie same dla wszystkich osób, niezależnie od przynależności rasowej, koloru skóry, pochodzenia narodowego, wieku, stopnia niepełnosprawności czy płci.



Department
of Health

ciąg dalszy

Prośba o sprawiedliwą rozprawę

Jeżeli Twój wniosek o przyznanie świadczeń został odrzucony lub świadczenia zostały wstrzymane, masz prawo do sprawiedliwej rozprawy. Sprawiedliwa rozprawa stanowi dla Ciebie szansę na poinformowanie sędziego, dlaczego uważasz, że ta decyzja jest błędna. Musisz poprosić o rozprawę w ciągu 60 dni od dnia odrzucenia Twojego wniosku lub od dnia, w którym poinformowano Cię o wstrzymaniu świadczeń. Jeśli nie złożysz prośby w ciągu 60 dni, stracisz szansę na rozprawę.

Okres potwierdzenia uprawnień to czas, przez jaki miałeś/-aś otrzymywać świadczenia w ramach Programu WIC. Jeśli świadczenia zostaną wstrzymane w połowie okresu potwierdzenia uprawnień, a Ty złożysz wniosek o sprawiedliwą rozprawę w ciągu 15 dni, nadal będziesz otrzymywać świadczenia z Programu WIC do czasu poznania wyniku rozprawy lub do końca okresu potwierdzenia uprawnień w zależności od tego, co nastąpi wcześniej. O rozprawę należy poprosić w lokalnej agencji WIC (pomoże Ci w tym personel) lub należy skontaktować się z Programem WIC w stanie Nowy Jork:

Adres pocztowy: WIC Program Director
NYSDOH, Riverview Center
150 Broadway, 6th Floor
Albany, NY 12204

Telefon: (518) 402-7093;
Faks: (518) 402-7348; lub
Adres e-mail: NYSWIC@HEALTH.NY.GOV

Jest to potwierdzenie, które podpisałem/am w systemie komputerowym przed otrzymaniem świadczeń w ramach Programu WIC:

Zostałem/-am poinformowany/-a o moich prawach i obowiązkach wynikających z Programu WIC. Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w celu ustalenia, czy kwalifikuję się do Programu, są kompletne i poprawne, zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Podaję te informacje w celu otrzymania świadczeń z Programu WIC i przyjmuję do wiadomości, że urzędnicy państwowi lub urzędnicy z lokalnych agencji WIC mogą w razie potrzeby sprawdzać te informacje, kontaktując się z pracodawcami lub innymi źródłami w sprawie wysokości moich dochodów i/lub uzyskując moją dokumentację podatkową z Departamentu Podatków i Finansów stanu Nowy Jork (NYS Department of Taxation and Finance). W szczególności zezwalam na udostępnienie w tym celu mojej dokumentacji podatkowej z Departamentu Podatków i Finansów stanu Nowy Jork (NYS Department of Taxation and Finance), która może zawierać pewne informacje o zatrudnieniu, przekazane Departamentowi Podatków i Finansów stanu Nowy Jork przez pracodawców w ramach podlegających zgłoszeniu informacji o nowo zatrudnionych i płacach. Przyjmuję również do wiadomości, że umyślne podanie fałszywych informacji może narazić mnie na postępowanie cywilne lub karne na mocy prawa stanowego i/lub federalnego. Umyślne podanie fałszywych informacji obejmuje między innymi celowe sfałszowanie, ukrywanie lub pomijanie informacji o dochodach gospodarstwa domowego, wielkości gospodarstwa domowego, danych medycznych, stanu uprawnień z tytułu Medicaid i miejsca zamieszkania. Przyjmuję również do wiadomości, że składanie fałszywych oświadczeń lub oświadczeń wprowadzających w błąd, lub podawanie fałszywych informacji, a także ukrywanie lub pomijanie faktów może skutkować moją dyskwalifikacją z Programu i może wymagać spłacenia wartości (w dolarach amerykańskich) bezprawnie uzyskanych przeze mnie świadczeń z Programu WIC, niezależnie od tego, czy moim zamiarem było uzyskać te świadczenia w niewłaściwy sposób. I na koniec przyjmuję do wiadomości, że mogę zarejestrować się tylko w jednym Programie WIC. Niniejszym poświadczam, że nie jestem obecnie zarejestrowany/-a w żadnym innym Programie WIC. Zwracam się z prośbą o przyznanie mi świadczeń w dniu dzisiejszym.

Zgodnie z prawem federalnym oraz przepisami Departamentu Rolnictwa Stanów Zjednoczonych (United States Department of Agriculture, USDA) w zakresie przestrzegania praw obywatelskich instytucji tej zabrania się dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, płeć (w tym tożsamość płciową i orientację seksualną), wiek lub niepełnosprawność oraz działań odwetowych za aktywność na rzecz przestrzegania praw obywatelskich.

Informacje dotyczące programu można uzyskać w językach innych niż angielski. Osoby z niepełnosprawnościami, które wymagają alternatywnych środków komunikacji w celu uzyskania informacji na temat programu (np. alfabet Braille'a, duży druk, taśma audio, amerykański język migowy itd.), powinny skontaktować się z instytucją stanową lub lokalną realizującą program lub z centrum USDA (Technology & Accessible Resources Give Employment Today, TARGET) pod numerem: (202) 720-2600 (informacja głosowa i telefon tekstowy) lub skontaktować się z USDA za pośrednictwem Federalnego Centrum Przekazu (Federal Relay Service) pod numerem: (800) 877-8339.

Aby złożyć zażalenie dotyczące dyskryminacji, należy wypełnić formularz AD-3027 (USDA Program Discrimination Complaint Form), który można pobrać ze strony internetowej: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, uzyskać w dowolnym biurze USDA lub zamówić drogą telefoniczną pod numerem (866) 632-9992 albo za pośrednictwem poczty tradycyjnej, pisząc na adres USDA. W treści listu musi znajdować się imię i nazwisko osoby składającej zażalenie, jej adres, numer telefonu oraz pisemny opis domniemanego aktu dyskryminacji, zawierający odpowiednie szczegóły dotyczące charakteru oraz daty naruszenia praw obywatelskich, które umożliwią asystentowi sekretarza ds. obywatelskich (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) podjęcie odpowiednich działań. Wypełniony formularz AD-3027 należy wysłać do USDA:

- (1) pocztą: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) faksem: (833) 256-1665 lub (202) 690-7442; lub
- (3) pocztą elektroniczną: program.intake@usda.gov.

Ta instytucja jest świadczeniodawcą zapewniającym równe szanse.

W przypadku innych skarg lub w celu złożenia wniosku o przesłuchanie wyjaśniające należy skontaktować się:

- (1) pocztą: WIC Program Director (Kierownik Programu WIC)
NYSDOH, Riverview Center
150 Broadway, 6th Floor
Albany, NY 12204; lub
- (2) telefonicznie: (518) 402-7093; faksem (518) 402-7348; lub
- (3) pocztą elektroniczną: NYSWIC@HEALTH.NY.GOV
-