

حقوق ومسؤوليات المشاركين في WIC (برنامج التغذية التكميلية للنساء والرضع والأطفال)

لقد تلقيت معلومات حول حقوقي ومسؤولياتي كمشارك في برنامج WIC. أنا أتفهم أن لدي الحق في:

- تلقي معاملة عادلة ومحترمة من موظفي WIC وموظفي متجر الخضروات والفواكه.
- الحفاظ على المعلومات التي قدمتها لموظفي WIC قيد السرية. لن يتم الإفصاح عنها لأي شخص خارج برنامج WIC دون إذن مني.
- الحصول على التوعية بشأن التغذية والمعلومات حول الرعاية الصحية وغيرها من الخدمات المفيدة.
- استخدام أي متجر للخضروات والفواكه أو صيدلية في ولاية نيويورك (NYS) يسمح لها بقبول برنامج WIC.
- الحصول على حزمة غذائية تلبى احتياجاتي الغذائية، أو احتياجات طفلي.
- طلب التحويل إلى وكالة WIC محلية أخرى.
- يتم إعلامي كتابياً بموعد وسبب انتهاء مزايا برنامج WIC الخاص بي.
- طلب جلسة استماع عادلة إذا لم أوافق على القرارات المتعلقة بأهليتي.

تعتبر المعلومات التي قدمتها لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً لبرنامج WIC صحيحة، على حد علمي. أنا أتفهم أنه:

- قد يسمح برنامج WIC لولاية نيويورك بمشاركة معلومات WIC الخاصة بي مع برامج صحية وتعليمية محددة مثل Medicaid وSNAP وTANF وبرنامج مساعدة رعاية الطفل. سيتم استخدام هذه المعلومات من قبل وكالات WIC الحكومية والمحلية والمنظمات العامة فقط في إدارة برامجها التي تخدم الأشخاص المؤهلين لبرنامج WIC. قد تستخدم هذه البرامج هذه المعلومات للأغراض التالية: لتحديد أهليتي لبرامجها؛ لتزويدي بمعلومات حول هذه البرامج وتسهيل عملية التقديم؛ ولتحسين صحتي أو تعليمي أو رفاهي إذا كنت مسجلاً بالفعل في برامجهم؛ وللتأكد من تلبية احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بي.
- يجوز لموظفي برنامج WIC التحقق من المعلومات التي قدمتها لهم للتأكد من صحتها. يحق لهم الاتصال بزملائي أو غيرهم من المصادر للتحقق من دخلي. يمكنهم الحصول على سجلات الضرائب الخاصة بي من NYS Department of Taxation and Finance (دائرة الضرائب والتمويل في ولاية نيويورك). عند تحديد ما إذا كان يمكنني المشاركة في برنامج WIC، فلن يطلبوا مني معلومات لأكثر من 12 شهراً قبل تقديم الطلب. إذا كانوا يتطلعون لمعرفة ما إذا كان قد تم انتهاك أي قواعد لبرنامج WIC، فقد يطلبون مني معلومات عن أي فترة تلقيت خلالها مزايا برنامج WIC.
- يجب عليّ إخطار وكالة WIC المحلية لدي إذا كنت أخطط للانتقال، أو تغيير رقم هاتفي، أو حدث تغيير في الدخل لأي فرد من أفراد أسرتي، أو إذا كنت أريد التحويل لوكالة أخرى تابعة لبرنامج WIC.
- إذا لم أخبركم بالحقيقة أو إذا أخفيت المعلومات عمدًا من أجل الحصول على مزايا برنامج WIC، فقد أضطر إلى الدفع للدولة المزايا التي لم أكن مؤهلاً للحصول عليها. كما أنه قد يتم استدعائي أيضاً للحضور للمحكمة من قبل ولاية نيويورك أو المسؤولين الفيدراليين.
- يجوز لي التسجيل في برنامج WIC واحد فقط. أؤكد أنني لست مسجلاً حالياً في أي برنامج آخر من برامج WIC.
- إن أغذية برنامج WIC مخصصة فقط لعضو الأسرة المسجل. لا يمكنني بيع مزايا برنامج WIC أو عرضها للبيع أو التخلي عنها بأي شكل من الأشكال.
- إذا كانت حزمة طعامي تحتاج إلى تغيير أو إيقاف لفترة قصيرة، فسأصل بوكالة WIC المحلية.

أنا على علم بأن وكالة WIC المحلية ستوفر الخدمات الصحية والتوعية الخاصة ببرنامج التغذية لدي، وأحظى بالتشجيع على المشاركة في هذه الخدمات.

أنا على دراية بأن قواعد الأهلية والمشاركة في برنامج WIC موحدة بالنسبة للجميع، بغض النظر عن العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس.

يُبع



Department
of Health

طلب جلسة استماع عادلة

إذا تم رفض طلبك للحصول على المزايا أو توقفت مزاياك، يحق لك الحصول على جلسة استماع عادلة. تمثل جلسة الاستماع العادلة فرصة لك لتخبر القاضي لماذا تعتقد أن القرار خاطئًا. يجب عليك طلب جلسة الاستماع في غضون 60 يومًا من وقت رفض طلبك أو عندما يتم إخبارك بأن المزايا التي تحصل عليها ستتوقف. إذا لم تطلب هذه الجلسة في غضون 60 يومًا، فستفقد فرصة الحصول على جلسة استماع عادلة. فترة الاعتماد هي المدة التي ستحصل فيها على مزايا برنامج WIC. إذا توقفت المزايا التي تحصل عليها في منتصف فترة الاعتماد وطلبت عقد جلسة استماع في غضون 15 يومًا، فستستمر مزايا برنامج WIC حتى تعرف نتيجة جلسة الاستماع أو حتى نهاية فترة الاعتماد، أيهما يحدث أولاً. اطلب جلسة استماع لدى وكالة WIC المحلية (سيساعدك الموظفون) أو اتصل ببرنامج NYC WIC:

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

الهاتف: (518) 402-7093
فاكس: (518) 402-7348 أو
البريد الإلكتروني: NYSWIC@HEALTH.NY.GOV

هذا هو بيان التصديق على أي قد قمت بتسجيل الدخول في نظام الكمبيوتر قبل تلقي مزايا WIC الخاصة بي:

لقد تم إخطاري بحقوقتي والتزاماتي بموجب برنامج WIC. أقرُّ بأن المعلومات التي قدمتها لتحديد أهليتي كاملة وصحيحة على حد علمي. يتم تقديم هذه المعلومات من أجل الحصول على مزايا برنامج WIC وأتفهم أنه يحق لمسؤولي وكالة WIC بالدولة أو مسؤوليها المحليين التحقق من هذه المعلومات إذا دعت الحاجة إلى ذلك عن طريق الاتصال بأصحاب العمل أو مصادر أخرى لمعرفة دخلي، و/أو عن طريق الحصول على سجلات الضرائب الخاصة بي من NYS Department of Taxation and Finance (دائرة الضرائب والتمويل بولاية نيويورك). إنني أصرح على وجه التحديد بالكشف عن سجلات الضريبة الخاصة بي من NYS Department of Taxation and Finance (دائرة الضرائب والتمويل بولاية نيويورك) والتي قد تتضمن بعض معلومات التوظيف المقدمة إلى NYS Department of Taxation and Finance (دائرة الضرائب والتمويل بولاية نيويورك) من قبل أصحاب العمل فيما يتعلق بالمعلومات الخاصة بالتوظيف الجديد والأجور. كما أتفهم أن التضليل المتعمد قد يعرضني للمقاضاة المدنية أو الجنائية بموجب قانون الولاية و/أو القانون الفيدرالي. ويشمل التضليل المتعمد، على سبيل المثال لا الحصر، تزييف أو إخفاء أو إسقاط دخل الأسرة وحجم الأسرة والبيانات الطبية وحالة الرعاية الطبية ومكان الإقامة. أتفهم أيضًا أن إصدار بيان كاذب أو مضلل أو تشويه الحقائق أو إخفاءها أو حذفها سيؤدي إلى استبعادي وعدم تأهلي وقد يتطلب سداد القيمة بالدولار لمزايا برنامج WIC التي حصلت عليها بشكل غير مشروع بغض النظر عما إذا كنت أعتزم الحصول على المزايا بشكل غير صحيح أم لا. وأخيرًا، أتفهم أنه يجوز لي التسجيل في برنامج WIC واحد فقط. أقرُّ بموجب ذلك أنني لست مسجلًا حاليًا في أي برنامج آخر من برامج WIC. أطلب أن يتم صرف المزايا لي اليوم.

وفقًا لقانون الحقوق المدنية الفيدرالي وسياسات ولوائح الحقوق المدنية لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA)، يُحظر على هذه المؤسسة التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الجنس (كما في ذلك الهوية الجنسية والتوجه الجنسي) أو الإعاقة أو العمر أو الانتقام أو الثأر لأي نشاط سابق يتعلق بالحقوق المدنية.

قد تُتاح معلومات البرنامج بلغات أخرى غير الإنجليزية. وينبغي للأشخاص من ذوي الإعاقات الذين يحتاجون إلى وسائل تواصل بديلة للحصول على معلومات البرنامج (مثل: طريقة برايل، نسخة بخط كبير، شريط صوتي، لغة الإشارة الأمريكية) التواصل مع الوكالة التابعة للولاية أو الوكالة المحلية المسؤولة التي تدير البرنامج أو مركز TARGET التابع لوزارة USDA على الرقم (202) 720-2600 (عبر الهاتف الصوتي والهاتف النصي (TTY)) أو التواصل مع وزارة USDA عبر خدمة تحويل المكالمات الفيدرالية على الرقم (800) 877-8339.

لتقديم شكوى بشأن التمييز في البرنامج، ينبغي لمقدم الشكوى إكمال نموذج AD-3027، نموذج شكوى بشأن التمييز في برنامج تابع لوزارة USDA والذي يمكن الحصول عليه عبر الإنترنت من خلال الرابط:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>

أو من أي مكتب لوزارة USDA، أو عن طريق الاتصال على الرقم (866) 632-9992، أو عن طريق كتابة خطاب موجه إلى وزارة USDA. يجب أن يحتوي الخطاب على اسم مقدم الشكوى وعنوانه ورقم هاتفه ووصف مكتوب للإجراء التمييزي المزعم بتفاصيل كافية لإعلام السكرتير المساعد المختص بالحقوق المدنية (ASCR) بطبيعة وتاريخ انتهاك الحقوق المدنية المزعم. يجب تقديم نموذج AD-3027 المكتمل أو الخطاب إلى وزارة USDA عبر:

(1) البريد: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

(2) الفاكس: (833) 256-1665 و (202) 690-7442

(3) البريد الإلكتروني: program.intake@usda.gov

هذه المؤسسة هي مقدم خدمة يلتزم باتباع مبدأ تكافؤ الفرص.

للشكاوى الأخرى أو لطلب جلسة استماع عادلة، يرجى التواصل عن طريق:

(1) البريد: WIC Program Director
NYSDOH, Riverview Center
150 Broadway, 6th Floor
Albany, NY 12204

(2) الهاتف: (518) 402-7093، الفاكس (518) 402-7348 أو

(3) البريد الإلكتروني: NYSWIC@HEALTH.NY.GOV