

Droits et responsabilités des participants au WIC


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

- *D'être traité(e) de manière respectueuse et équitable par le personnel du programme WIC et les employés des supermarchés.*
- *Que les informations que j'ai fournies au personnel du WIC restent confidentielles. Elles ne seront communiquées à personne en dehors du programme WIC sans mon autorisation.*
- *De bénéficier d'une éducation nutritionnelle et de recevoir des renseignements sur les soins de santé et autres services utiles.*
- *De me rendre dans n'importe quel supermarché ou pharmacie de l'État de New York qui est autorisé(e) à accepter le WIC.*
- *De recevoir un lot alimentaire qui répond à mes besoins nutritionnels ou à ceux de mon enfant.*
- *De demander à être transféré(e) vers une autre agence WIC locale.*
- *D'être prévenu(e) par écrit de la date et du motif de la fin de mes prestations dans le cadre du programme WIC.*
- *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. Il peut contacter mes supérieurs hiérarchiques ou autres sources pour vérifier mes revenus. Il peut obtenir mon dossier fiscal auprès du Département des impôts et des finances de l'État de NY. Lorsqu'il décidera si je peux participer au programme WIC, il ne demandera aucune information remontant à plus de 12 mois avant la date de ma demande. S'il vérifie qu'aucune règle du WIC n'a été enfreinte, il peut demander des renseignements liés à toute période pendant laquelle j'ai bénéficié des prestations du programme WIC.*
- *Je dois avertir mon agence WIC locale si je prévois de déménager, si je change de numéro de téléphone, s'il y a le moindre changement au niveau des revenus d'un membre de mon foyer, ou si je veux être transféré(e) à une autre agence locale du programme WIC.*
- *Si je fais une déclaration mensongère ou si j'omets intentionnellement des informations pour bénéficier des prestations du programme WIC, je suis susceptible de devoir rembourser l'État pour les prestations auxquelles je n'avais pas droit. Je peux également être poursuivi(e) en justice par l'État de New York ou les fonctionnaires fédéraux.*
- *Je ne peux m'inscrire que dans un seul programme du WIC. Je confirme que je ne bénéficie actuellement d'aucun autre programme WIC.*
- *Les aliments du programme WIC sont uniquement destinés aux membres de la famille du participant. Je ne peux pas vendre, offrir à la vente, ou céder de quelque façon que ce soit les avantages reçus dans le cadre du programme WIC.*
- *Si mon lot alimentaire doit être modifié ou interrompu pour une courte période, je contacterai mon agence locale du programme WIC.*

Je suis informé(e) que l'agence locale du programme WIC met à ma disposition des services de santé et d'éducation nutritionnelle et m'encourage à prendre part à ces services.

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

suite



**Department
of Health**

Demande d'audience équitable

Si votre demande de prestations a été rejetée ou si vos prestations sont interrompues, vous avez le droit à une audience équitable. Une audience équitable constitue pour vous l'occasion d'expliquer à un juge les raisons qui vous poussent à considérer la décision comme étant inadéquate. Vous devez solliciter l'audience dans les 60 jours qui suivent le rejet de votre demande ou la date d'interruption de vos prestations. Si vous ne soumettez pas de demande dans les 60 jours, vous perdrez la possibilité d'un procès équitable.

Une période de certification désigne la période pendant laquelle vous alliez bénéficier des avantages du programme WIC. Si vos prestations sont interrompues au milieu de la période de certification et que vous demandez une audience dans les 15 jours, vos prestations WIC continueront jusqu'à ce que le résultat de l'audience soit connu ou jusqu'à la fin de la période de certification, selon la première éventualité. Demandez une audience à l'agence locale du programme WIC (le personnel vous aidera) ou contactez le programme WIC de l'État de NY :

Courrier postal : WIC Program Director
NYSDOH, Riverview Center
Room 650, 150 Broadway,
Albany, NY 12204

Téléphone : (518) 402-7093 ;
Télécopie : (518) 402-7348 ; ou
E-mail : NYSWIC@HEALTH.NY.GOV

Le présent document constitue la déclaration d'attestation que j'ai signée dans le système informatique avant de recevoir mes prestations WIC :

J'ai été informé(e) de mes droits et obligations en vertu du programme WIC. Je certifie que les informations que j'ai fournies pour déterminer mon admissibilité sont complètes et exactes au meilleur de ma connaissance. Ces informations sont fournies pour bénéficier des prestations WIC et je comprends que l'État ou les responsables de l'agence locale du programme WIC peuvent vérifier ces informations, si le besoin s'en fait sentir, en contactant mes employeurs ou les autres sources de mes revenus, et/ou en obtenant mon dossier fiscal auprès du Département des impôts et des finances de l'État de NY. J'autorise expressément à cet effet la communication de mon dossier fiscal détenu par le Département des impôts et des finances de l'État de NY, ce dossier pouvant inclure certaines informations liées à mon emploi fournies au Département des impôts et des finances de l'État New York par mes employeurs en ce qui concerne les informations de nouveau recrutement (New Hire) et de déclaration des salaires (Wage Reporting). Je comprends également qu'une fausse déclaration délibérée peut m'exposer à des poursuites civiles ou pénales en vertu du droit de l'État et/ou du droit fédéral. Les fausses déclarations délibérées incluent, sans s'y limiter, les falsifications volontaires, la dissimulation ou l'omission de revenus du foyer, de la taille du foyer, de données médicales, du statut Medicaid et du lieu de résidence. Je comprends également que les déclarations fausses ou trompeuses, la dissimulation ou l'omission de faits peuvent entraîner mon exclusion et peuvent requérir le remboursement de la valeur monétaire des prestations du programme WIC dont j'ai bénéficiées, que j'aie délibérément tenté de bénéficier indûment des prestations ou pas. Enfin, je comprends que je ne peux m'inscrire qu'à un seul programme WIC. Je certifie par la présente que je ne bénéficie actuellement d'aucun autre programme WIC. Je demande que les prestations me soient fournies dès aujourd'hui.

Conformément à la loi fédérale des droits civiques et aux règlements et politiques de droit civil du Département de l'Agriculture (USDA) des États-Unis, l'USDA, ses agences, bureaux et employés et les institutions participant ou administrant les programmes de l'USDA sont tenus d'éviter toute discrimination fondée sur la race, la couleur de la peau, le pays d'origine, le sexe, le handicap, l'âge, ou toutes représailles pour toute activité de droit civil antérieure dans le cadre de tout programme ou activité réalisé(e) ou financé(e) par l'USDA.

Les personnes ayant un handicap nécessitant d'autres moyens de communication des informations liées au programme (p. ex., braille, gros caractères, cassette audio, langue des signes américaine, etc.), doivent contacter l'agence (d'État ou locale) auprès de laquelle elles ont présenté leur demande de prestations. Les personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de la parole peuvent contacter l'USDA au moyen du service fédéral téléphonique au (800) 877-8339. En outre, des informations liées au programme peuvent être mises à disposition dans des langues autres que l'anglais.

Pour déposer une plainte de discrimination dans le cadre du programme, remplissez le formulaire de plainte de discrimination du programme de l'USDA, (AD-3027) disponible en ligne sur : http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html et adressez-le au bureau de l'USDA de votre choix, ou écrivez une lettre adressée à l'USDA en y indiquant toutes les informations demandées dans le formulaire. Pour demander une copie du formulaire de plainte, contactez le (866) 632-9992. Faites parvenir votre formulaire dûment rempli ou votre lettre à l'USDA par :

- (1) Courrier postal : U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410 ;
- (2) Télécopie : (202) 690-7442 ; ou
- (3) E-mail : program.intake@usda.gov.
- Cette institution est un employeur qui respecte l'égalité d'accès à l'emploi.

Pour toute autre réclamation ou pour demander une audience équitable :

- (1) Courrier postal : WIC Program Director
NYSDOH, Riverview Center
Room 650, 150 Broadway
Albany, NY 12204 ; ou
- (2) Téléphone : (800) 522-5006 Télécopie : (518) 402-7348 ; ou
- (3) E-mail : NYSWIC@HEALTH.NY.GOV
-