

# Programma WIC Diritti e responsabilità dei partecipanti

Sono stato informato in merito ai miei diritti e alle mie responsabilità in quanto partecipante al programma WIC (Women, Infants and Children, programma nutrizionale per donne, neonati e bambini). Sono consapevole di avere diritto a:

- *Ricevere un trattamento equo e rispettoso dal personale WIC e dai dipendenti dei negozi di alimentari.*
- *Ricevere un trattamento riservato delle informazioni da me fornite al personale WIC. Tali informazioni non saranno divulgate a nessuno al di fuori del programma WIC in assenza della mia autorizzazione.*
- *Ricevere un'educazione nutrizionale e informazioni in materia di salute e altri servizi utili.*
- *Utilizzare qualsiasi negozio di alimentari o farmacia nello Stato di New York che partecipino al programma WIC.*
- *Ricevere pacchi alimentari rispondenti alle mie esigenze nutrizionali o a quelle di mio figlio.*
- *Richiedere il trasferimento a un'altra agenzia locale WIC.*
- *Essere informato, qualora non ricevessi più i benefici del programma WIC, in merito alla data e alle motivazioni dell'interruzione del servizio.*
- *Richiedere un esame imparziale del mio caso qualora non concordassi con le decisioni concernenti la mia idoneità al programma.*

Le informazioni da me fornite per determinare la mia idoneità al programma WIC sono corrette per quanto di mia conoscenza. Sono consapevole che:

- *Il personale responsabile del programma WIC può verificare le informazioni da me fornite per attestarne la correttezza.*
- *Devo informare l'ufficio WIC locale nel caso in cui abbia intenzione di trasferirmi, il mio numero di telefono cambi, il reddito di uno dei miei familiari subisca delle variazioni o qualora desiderassi passare a un altro ufficio WIC.*
- *Qualora facessi affermazioni false o fuorvianti o trattenessi informazioni deliberatamente per usufruire dei benefici del programma, potrei dover restituire allo Stato quanto da me impropriamente ricevuto. Potrò inoltre essere legalmente perseguito da funzionari federali o di New York.*
- *Posso partecipare a un solo programma WIC o CSFP (Commodity Supplemental Food Program, programma sui prodotti alimentari supplementari). Certifico di non essere attualmente iscritto ad altri programmi WIC o CSFP.*
- *Gli alimenti del WIC sono unicamente destinati al membro familiare partecipante. Non posso vendere o dare via gli alimenti o gli assegni del WIC.*
- *Se il mio pacco alimentare dovesse essere cambiato o interrotto per un breve periodo di tempo, informerò al riguardo l'ufficio WIC locale.*

Sono consapevole del fatto che l'agenzia locale metterà a mia disposizione dei servizi sanitari e di educazione nutrizionale e che la mia partecipazione agli stessi è incoraggiata.

Posso ricorrere contro qualsiasi decisione presa dall'agenzia locale circa la mia idoneità al programma.

Sono consapevole che i requisiti di idoneità e partecipazione al programma WIC sono uguali per tutti, a prescindere dalla razza, dal colore, dall'origine nazionale, dall'età, dalla disabilità o dal sesso del richiedente.

---

## **Questa è l'attestazione da firmare nel sistema informatico prima di poter ricevere gli assegni WIC:**

Sono stato informato dei miei diritti e dei miei doveri secondo il programma WIC. Dichiaro che le informazioni da me fornite per decidere sull'eleggibilità della mia persona sono complete ed esatte in base alle conoscenze in mio possesso. Le informazioni vengono fornite al fine di ricevere l'indennità WIC e sono a conoscenza del fatto che i funzionari statali o i funzionari dell'agenzia WIC locale possono verificare tali informazioni. Inoltre, sono a

conoscenza del fatto che una falsa dichiarazione volontaria può esporre la mia persona a un processo giudiziario o civile secondo le leggi statali e/o federali. La falsa dichiarazione volontaria comprende (ma non si limita a) la falsificazione o l'omissione di informazioni riguardanti il reddito familiare, i componenti della famiglia, i dati medici, la condizione Medicaid e il luogo di residenza. Sono inoltre a conoscenza del fatto che la resa di una dichiarazione falsa o fuorviante, la dichiarazione errata o l'omissione di fatti possono comportare la mia esclusione e posso essere soggetto alla richiesta di rimborsare il corrispettivo in dollari dell'indennità alimentare da me ottenuta in maniera scorretta indipendentemente dalla mia intenzione di ottenere tale indennità in maniera scorretta. Infine, sono a conoscenza del fatto che è possibile partecipare a un solo programma WIC o Commodity Supplemental Food Program (CSFP) e con la presente dichiaro di non essere attualmente iscritto a nessun altro programma WIC o Commodity Supplemental Food Program (CSFP). Chiedo che gli assegni siano prodotti ed emessi a mio favore in data odierna.

---

### **Richiedere l'esame imparziale di un caso**

Qualora la partecipazione al programma WIC vi venisse preclusa o venisse interrotta, e non concordaste con la decisione, è vostro diritto richiedere un esame imparziale del vostro caso. Il diritto all'esame imparziale del caso vi deve essere comunicato tramite notifica scritta. Potete chiedere un colloquio con l'agenzia locale entro sette giorni per discutere della questione prima di richiedere l'esame del caso. Dovete contattare l'agenzia locale e formulare la richiesta di esame imparziale del caso entro 60 giorni dal rifiuto o dall'interruzione del servizio. Il personale dell'agenzia locale è a vostra disposizione per aiutarvi a compilare il modulo di denuncia.

---

### **Dichiarazione di non discriminazione dell'USDA**

Il Dipartimento dell'agricoltura degli Stati Uniti (U.S. Department of Agriculture - USDA) proibisce qualsiasi discriminazione nei confronti dei propri clienti, dipendenti e persone che presentano domanda di lavoro in base alla razza, al colore della pelle, alla provenienza nazionale, all'età, alle disabilità fisiche, al sesso, all'identità di genere, alla religione, a misure di ritorsione e, ove applicabile, alle opinioni politiche, allo stato civile, alla condizione familiare o genitoriale, all'orientamento sessuale, se il reddito personale proviene completamente o in parte da un programma di pubblica assistenza o da informazioni genetiche protette sul lavoro o da programmi o attività condotte o sovvenzionate dal Dipartimento. (Non tutte le ragioni vietate si applicano a tutti i programmi e/o a tutte le attività di impiego.)

Nel caso intenda presentare un reclamo per discriminazione al programma Diritti Civili, la invitiamo a completare il Modulo di reclamo per Discriminazione del Programma USDA disponibile online all'indirizzo:

[http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) o presso qualsiasi ufficio USDA o richiedendo il modulo telefonicamente al numero (866) 632-9992. Inoltre è possibile scrivere una lettera contenente tutte le informazioni richieste nel modulo. Il modulo o la lettera di reclamo compilata devono essere spediti tramite posta a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, o tramite fax al numero (202) 690-7442 o per email all'indirizzo [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Le persone sorde, con problemi di udito o disturbi del linguaggio possono contattare lo USDA attraverso il Federal Relay Service al numero (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (lingua spagnola).

Lo USDA è un datore di lavoro rispettoso delle pari opportunità.

---

### **Dichiarazione di non discriminazione dello Stato di New York**

Lo Stato di New York vieta qualsiasi discriminazione sulla base del credo religioso, dello stato civile e dell'orientamento sessuale.

Le persone che ritengono di aver subito una discriminazione ai sensi della legge sui diritti umani dello Stato di New York, possono chiamare la Growing Up Healthy Hotline al n. 1-800-522-5006 oppure scrivere al WIC Program Director, NYSDOH, Riverview Center, 6th Floor West, Room 650, 150 Broadway, Albany NY 12204.

