

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 Programme WIC de l'État de New York peut autoriser le partage de mes informations WIC avec des programmes de santé et d'éducation spécifiques tels que Medicaid, le Programme spécial de nutrition supplémentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), le Programme d'assistance temporaire aux familles à faibles revenus (Temporary Assistance to Needy Families, TANF) et le Programme d'aide à la garde d'enfants (Child Care Assistance Program). Ces informations seront utilisées par des agences WIC étatiques et locales et des organismes publiques uniquement dans le cadre de l'administration de leurs programmes, au bénéfice des personnes admissibles au Programme WIC. Ces programmes peuvent utiliser ces informations aux fins suivantes : déterminer mon admissibilité à leurs programmes ; me fournir des informations sur ces programmes et faciliter le processus de demande ; améliorer ma santé, mon éducation ou mon bien-être si je suis déjà inscrite à leurs programmes ; et veiller à ce que mes besoins soient satisfaits en matière de soins de santé.*
- *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.



Department
of Health

→ suite

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 150 Broadway, 6th Floor Albany, NY 12204	Téléphone :	(518) 402-7093 ;
		Télécopie :	(518) 402-7348 ; ou
		Adresse électronique :	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 sur les droits civils ainsi qu'aux réglementations et aux politiques sur les droits civils du Département de l'agriculture des États-Unis (United States Department of Agriculture, USDA), il est interdit à cette institution de pratiquer une discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, le sexe (y compris l'identité de genre et l'orientation sexuelle), le handicap, l'âge ou des représailles liées à une activité antérieure relative en matière de droits civils.

Les informations relatives au programme peuvent être fournies dans d'autres langues que l'anglais. Les personnes souffrant d'un handicap qui ont besoin d'un moyen de communication différent pour obtenir les informations relatives au programme (par exemple, braille, impression en gros caractères, cassette audio ou langue des signes américaine), doivent contacter l'agence locale ou étatique compétente qui administre le programme ou le centre TARGET (Technology & Accessible Resources Give Employment Today) de l'USDA au 202 720 2600 (voix et télécopieur) ou contacter l'USDA par le biais du Service de relais fédéral (Federal Relay Service) au 800 877 8339.

Pour déposer une plainte pour discrimination dans le cadre du programme, le plaignant doit remplir le formulaire AD-3027, Formulaire de plainte pour discrimination dans le cadre d'un programme de l'USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form), qui peut être obtenu en ligne à l'adresse <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, auprès de tout bureau de l'USDA, en appelant le 866 632 9992 ou en envoyant un courrier à l'USDA. Le courrier doit contenir le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du plaignant, ainsi qu'une description écrite de l'acte discriminatoire présumé, avec suffisamment de détails pour informer le secrétaire adjoint aux droits civils (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) de la nature et de la date d'une violation présumée des droits civils. Le formulaire AD-3027 dûment rempli ou le courrier doit être envoyé 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 : 833 256 1665 ou 202 690 7442 ; ou
- (3) courriel : program.intake@usda.gov.

Cette institution est un fournisseur souscrivant au principe d'égalité d'accès à l'emploi.

Pour d'autres réclamations ou pour demander une audition équitable, contactez :

- (1) courrier postal : WIC Program Director
NYSDOH, Riverview Center
150 Broadway, 6th Floor
Albany, NY 12204 ; ou
 - (2) téléphone : (518) 402 7093 ; télécopie (518) 402 7348 ; ou
 - (3) courriel : NYSWIC@HEALTH.NY.GOV.
-