

# Права и обязанности участников программы WIC

Я получил(а) информацию относительно моих прав и обязанностей в качестве участника программы WIC.

Я понимаю, что имею право:

- на справедливое и уважительное отношение со стороны сотрудников программы WIC и работников продовольственных магазинов;
- на сохранение конфиденциальности информации, переданной сотрудникам программы WIC; на то, что эта информация не будет передана ни одному лицу за пределами программы WIC без моего разрешения;
- получать информацию по вопросам медицинского обслуживания и другим полезным услугам;
- совершать покупки в любом продовольственном магазине или аптеке штата Нью-Йорк, которые принимают чеки программы WIC;
- получать продовольственный пакет, отвечающий моим потребностям в продуктах питания или таким потребностям моего ребенка;
- требовать перевода в другое местное отделение программы WIC;
- получать в письменной форме информацию о сроке и причинах окончания льгот в рамках программы WIC;
- подавать запросы на проведение беспристрастных слушаний в случае несогласия с решениями относительно моего права на участие в программе.

Информация, которую я предоставил(а) для установления моего права на участие в программе WIC, верна, насколько мне известно. Я понимаю, что:

- Программа WIC штата Нью-Йорк может разрешить передачу информации обо мне, касающейся моего участия в программе WIC, определенным программам в области здравоохранения и образования, таким как программа Medicaid, программа дополнительной продовольственной поддержки (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), программа временной помощи нуждающимся семьям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) и программа помощи по уходу за детьми (Child Care Assistance). Такая информация будет использоваться службами WIC местного уровня и уровня штата и общественными организациями только в рамках администрирования их программ, в которых участвуют лица, имеющие право на участие в программе WIC. Эти программы могут использовать данную информацию в следующих целях: определить мое право на участие в их программах; предоставить мне информацию об этих программах и облегчить для меня процесс подачи заявки на участие в них; улучшить мое здоровье, а также повысить мою квалификацию или благополучие, если я уже участвую в их программах; убедиться, что мои потребности в медицинском обслуживании удовлетворены.
- Сотрудники программы WIC могут проверить предоставленную мной информацию для подтверждения ее точности. Они могут связаться с моим руководством и лицами, которые предоставляют мне другой источник дохода. Они могут запросить мои налоговые отчеты в Департаменте налогообложения и финансов штата Нью-Йорк. При принятии решения о возможности моего участия в программе WIC они не будут запрашивать информацию более чем за 12 месяцев до дня подачи заявки. При необходимости выявления фактов нарушения каких-либо правил программы WIC, они могут запрашивать информацию за любой период времени, в течение которого я получал(а) пособия программы WIC.
- Обязуюсь уведомить свое местное агентство программы WIC о планируемом переезде, изменении номера телефона, изменении в доходах у кого-либо в моей семье или желании перейти в другое местное агентство программы WIC.
- Если я скрою правду или какие-либо сведения с целью получения пособия программы WIC, мне, возможно, придется возместить штату льготы, на которые я не имел(а) права претендовать. Власти штата Нью-Йорк или работники федерального ведомства также могут подать на меня в суд.
- Я имею право участвовать только в одной программе WIC. Я подтверждаю, что в настоящий момент не зарегистрирован(а) ни в какой другой программе WIC.
- Продукты питания, предоставляемые по программе WIC, предназначены только для участвующих в программе членов семьи. Я не имею права продавать, предлагать продать или передавать льготы по программе WIC другим лицам.
- Если мне потребуется внести изменения в свой продовольственный пакет или прекратить пользоваться льготами на какое-то время, я свяжусь с местным отделением программы WIC.

Я осознаю, что местное отделение программы WIC предоставит мне услуги в области здравоохранения, а также обучение по рациональному питанию.

Я понимаю, что критерии для получения права на участие в программе WIC являются одинаковыми для всех независимо от расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, пола, а также физических или умственных недостатков.



Department  
of Health

→  
продолжение

---

## Требование проведения беспристрастного слушания

Если ваша заявка на пособие была отклонена или предоставление вам льгот было прекращено, вы имеете право на проведение беспристрастного слушания. Беспристрастное слушание — это ваша возможность рассказать судье, почему вы считаете, что решение неверно. Вы должны подать требование о проведении слушания в течение 60 дней после отклонения вашей заявки или получения уведомления о прекращении предоставления льгот. Если вы не потребуете проведения слушания в течение 60 дней, вы потеряете эту возможность.

Периодом сертификации является период времени, в течении которого вы должны были получать пособие по программе WIC. Если предоставление вам льгот прекращено в середине периода сертификации, и вы требуете проведения слушания в течение 15 дней, ваши льготы по программе WIC будут действовать до тех пор, пока не станет известен результат слушания, или до конца периода сертификации, в зависимости от того, что произойдет раньше. Требовать проведение слушания можно в местном отделении программы WIC (сотрудники вам помогут) или в главном офисе Программы WIC в штате Нью-Йорк:

Адрес: WIC Program Director NYSDOH, Riverview Center 150 Broadway, 6th Floor Albany, NY 12204	телефон: (518) 402-7093; факс: (518) 402-7348 или эл. почта: NYSWIC@HEALTH.NY.GOV
--	---

---

## Настоящим подтверждаю, что я поставил(а) свою подпись в компьютерной системе, прежде чем получить льготы по программе WIC.

Меня проинформировали о моих правах и обязательствах по программе WIC. Я подтверждаю, что информация, которую я предоставил(а) для определения моих прав, является полной и правильной, насколько мне известно. Эта информация предоставляется для получения льгот по программе WIC, и я понимаю, что сотрудники местного отделения программы WIC или отделения штата могут проверить эту информацию, если возникнет такая необходимость, связавшись с работодателями или другими лицами, которые предоставляют мне источники моего дохода, и/или получить мои налоговые отчеты от Департамента налогообложения и финансов штата Нью-Йорк. Я разрешаю Департаменту налогообложения и финансов штата Нью-Йорк раскрывать данные моих налоговых отчетов для этих целей, а также определенной информации о занятости, предоставляемой Департаменту налогообложения и финансов штата Нью-Йорк работодателями в отношении сведений о новом трудоустройстве и начислении заработной платы. Я также понимаю, что умышленное искажение информации может подвергнуть меня гражданскому или уголовному преследованию в соответствии с федеральным законодательством и/или законодательством штата. Умышленное искажение информации включает, среди прочего, умышленную фальсификацию, скрытие или неупоминание доходов семьи, размера семьи, медицинских сведений, статуса страховки Medicaid и места жительства. Я также понимаю, что ложные или вводящие в заблуждение заявления или искажение, скрытие или неупоминание фактов может привести к моей дисквалификации и требованию погашения в денежном выражении стоимости полученных мной незаконным путем льгот по программе WIC независимо от того, было ли у меня намерение ими незаконно пользоваться или нет. Наконец, я понимаю, что могу зарегистрироваться только в одной программе WIC. Настоящим подтверждаю, что в данный момент я не зарегистрирован(а) ни в какой другой программе WIC. Прошу предоставить мне льготы сегодня.

---

В соответствии с федеральным законодательством о гражданских правах и политикой Департамента сельского хозяйства США (United States Department of Agriculture, USDA), в данном учреждении запрещена дискриминация по признаку расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), недееспособности, возраста, а также преследование или наказание за прошлую деятельность по защите гражданских прав.

Информация о программах может быть предоставлена не только на английском, но и на других языках. Лицам с ограниченными возможностями, нуждающимся в альтернативных средствах получения информации о программе (например, тексты со шрифтом Брайля либо крупным шрифтом, аудиозаписи, сурдоперевод с использованием американского языка жестов), необходимо обратиться в уполномоченное государственное или местное агентство, руководящее программой, Центр занятости при USDA (Technology & Accessible Resources Give Employment Today, TARGET) по телефону (202) 720-2600 (голосовая связь и телетайп) либо связаться с USDA через Федеральную службу ретрансляции (Federal Relay Service) по телефону (800) 877-8339.

Желающие подать жалобу по поводу случаев дискриминации должны заполнить Бланк жалобы по факту дискриминации AD-3027 (USDA Program Discrimination Complaint Form), который можно найти онлайн здесь <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf> или взять в любом офисе USDA, позвонив по номеру (866) 632-9992 либо написав письмо на адрес USDA. Письмо должно содержать следующую информацию: имя, фамилия, адрес и номер телефона подателя жалобы, а также письменное описание предполагаемого дискриминационного действия, обладающее достаточной степенью детализации для того, чтобы проинформировать помощника секретаря по гражданским правам (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) о характере и дате утверждаемого нарушения. Заполненную форму AD-3027 или письмо можно отправить в USDA, воспользовавшись указанными ниже контактными данными:

- 1) по почте: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410
- 2) по факсу: (833) 256-1665 или (202) 690-7442; либо
- 3) по электронной почте: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Данная организация предоставляет равные возможности.

Чтобы подать жалобу или запросить проведение объективного разбирательства, обращайтесь:

- 1) по почте: WIC Program Director  
NYSDOH, Riverview Center  
150 Broadway, 6th Floor  
Albany, NY 12204
  - 2) по телефону: (518) 402-7093, по факсу (518) 402-7348 или
  - 3) по электронной почте: [NYSWIC@HEALTH.NY.GOV](mailto:NYSWIC@HEALTH.NY.GOV)
-