

حقوق و مسئولیت های شرکت کنندگان WIC

به عنوان یک شرکت کننده WIC، اطلاعات مربوط به حقوق و مسئولیت هایم را دریافت کرده ام. من درک می کنم که حق دارم:

- رفتار منصفانه و همراه با احترام از کارمندان WIC و فروشگاه های مواد غذایی دریافت کنم.
- اطلاعاتی که به کارکنان WIC داده ام محرمانه باقی بماند. و بدون اجازه من در اختیار هیچکس خارج از برنامه WIC قرار نگیرد.
- آموزش تغذیه و اطلاعاتی در خصوص مراقبت های بهداشتی و سایر خدمات مفید را دریافت کنم.
- از هر فروشگاه مواد غذایی یا داروخانه در ایالت نیویورک (NYS) که مجاز به پذیرش WIC است، استفاده کنم.
- یک بسته غذایی که نیازهای تغذیه ای من، یا فرزندم را برآورده می کند، استفاده کنم.
- برای انتقال به یکی دیگر از آژانسهای محلی WIC درخواست کنم.
- زمان و علت اتمام مزایای برنامه WIC به صورت کتبی به من اعلام شود.
- اگر با تصمیماتی که در خصوص واجد صلاحیت بودنم گرفته شده موافق نباشم یک دادرسی منصفانه درخواست کنم.

تا آنجا که می دانم، اطلاعاتی که برای بررسی واجد صلاحیت بودنم برای برنامه WIC داده ام درست است. من درک می کنم که:

- «برنامه WIC ایالت نیویورک» ممکن است اجازه اشتراک گذاری اطلاعات WIC من را با بعضی از برنامه های حوزه بهداشت و آموزش، همچون Medicaid، SNAP، TANF، و «برنامه کمک هزینه مراقبت از فرزند» (Child Care Assistance Program) بدهد. سازمان های ایالتی و محلی WIC و سازمان های دولتی از اطلاعات مذکور صرفاً در اجرای برنامه هایشان که به اشخاص واجد شرایط برنامه WIC خدمات رسانی می کنند استفاده خواهد کرد. این برنامه ها می توانند چنین اطلاعاتی را برای اهداف ذیل بکار ببرند: تعیین صلاحیت من برای عضویت در برنامه هایشان؛ ارائه اطلاعاتی در مورد آن برنامه ها به من و تسهیل روند ثبت درخواست؛ ایجاد بهبود در وضعیت سلامت، آموزش یا تندرستی من اگر در آن برنامه ها ثبت نام شده باشم؛ و اطمینان از مرتفع شدن نیازهای من در زمینه بهداشت و درمان.
- کارکنان برنامه WIC می توانند اطلاعاتی را که من به آنها داده ام، بررسی کرده و از صحت آن اطمینان حاصل کنند. آنها می توانند با کارفرمایان من یا هر منبع دیگری، برای تایید درآمد من تماس بگیرند. آنها می توانند سوابق مالیاتی من را از وزارت مالیات و دارایی NYS دریافت کنند. در زمانی که در خصوص مشارکت من در WIC تصمیم گیری می کنند، اطلاعاتی که بیش از 12 ماه قبل از تاریخ درخواستم است، را درخواست نخواهند کرد. در صورت بررسی نقض قوانین WIC توسط من، آنها می توانند اطلاعات هر دوره ای که مزایای WIC دریافت کرده ام را درخواست کنند.
- اگر می خواهم جا به جا شوم، شماره تلفن من تغییر کند، درآمد هر کسی که در خانه من است تغییر کند، یا اگر می خواهم به یکی دیگر از آژانس های محلی WIC تغییر کنم، باید آژانس محلی WIC خود را مطلع کنم.
- اگر حقیقت را بیان نکنم و یا اگر اطلاعاتی را به منظور دریافت مزایای WIC پنهان کنم، امکان برگرداندن مزایایی که واجد صلاحیتش نبودم به ایالت وجود دارد. من همچنین ممکن است توسط مقامات ایالت نیویورک یا فدرال به دادگاه برده شوم.
- من فقط می توانم در یک برنامه WIC ثبت نام کنم. من تایید میکنم که در حال حاضر در هیچ برنامه دیگر WIC ثبت نام نکرده ام.
- غذاهای WIC فقط برای اعضای خانواده ثبت نام شده است. من به هیچ وجه نمی توانم برای فروش، پیشنهاد فروش یا بخشیدن مزایای WIC اقدام کنم.
- اگر بسته غذایی من برای مدت کوتاهی نیاز است تغییر کند یا متوقف شود، با آژانس محلی WIC خودم تماس خواهم گرفت.

من آگاه هستم که آژانس محلی WIC خدمات بهداشتی و آموزش تغذیه را در اختیار من قرار می دهد و من تشویق شده ام که در این خدمات شرکت کنم.

من آگاه هستم که قوانین مربوط به واجد صلاحیت بودن و مشارکت در برنامه WIC برای هرکسی بدون توجه به نژاد، رنگ، منشاء قومی، سن، معلولیت، یا جنسیت یکسان است.

ادامه دارد



Department
of Health

درخواست یک دادرسی منصفانه

اگر درخواست شما برای مزایا رد شد یا مزایای شما متوقف شد، شما حق داشتن یک دادرسی منصفانه دارید.

یک دادرسی منصفانه فرصتی است برای شما که به قاضی بگویید که چرا فکر میکنید آن تصمیم اشتباه است. شما باید ظرف 60 روز از زمانی که درخواست شما رد شد یا زمانی که به شما گفته شد مزایا متوقف خواهد شد، دادرسی را درخواست کنید. اگر در عرض 60 روز شما درخواستی نکنید، شانس دادرسی منصفانه را از دست خواهید داد.

دوره تایید شده، همان زمانی است که مزایای WIC را قرار است دریافت کنید. اگر مزایای شما در بین دوره تایید شده متوقف شد و شما در عرض 15 روز درخواست دادرسی کنید، مزایای WIC شما تا زمانی که نتیجه دادرسی مشخص شده یا تا پایان دوره گواهی، هر کدام که زودتر اتفاق بیفتد، ادامه پیدا می کند. دادرسی را در آژانس محلی WIC (کارکنان به شما کمک خواهند کرد) درخواست کنید یا با برنامه NYS WIC تماس بگیرید:

پست: WIC Program Director
NYSDOH, Riverview Center
150 Broadway, 6th Floor
Albany, NY 12204
تلفن: (518)402-7093
فکس: (518)402-7348
پست الکترونیکی: NYSWIC@HEALTH.NY.GOV

این بیانیه تأییدیه ای است که من در سیستم کامپیوتری امضا کردم قبل از اینکه مزایای WIC خود را دریافت کنم:

من از حقوق و تعهداتم تحت برنامه WIC مطلع شده ام. من اطمینان می دهم که اطلاعاتی را که برای تعیین صلاحیتم ارائه کرده ام، تا آنجایی که می دانم کامل و صحیح است. این اطلاعات برای دریافت مزایای WIC داده شده و من درک می کنم که ایالت یا مقامات آژانس محلی WIC ممکن است این اطلاعات را، در صورت نیاز با تماس با کارفرمایان یا سایر منابع برای تعیین درآمد من، و / یا با گرفتن سوابق مالیاتی من از وزارت مالیات و دارایی NYS بررسی کنند. من به صورت خاص به اداره مالیات و دارایی NYS اجازه می دهم که سوابق مالیاتی من را بدین منظور در اختیار مقامات قرار دهد، این سوابق می تواند شامل اطلاعات خاص استخدامی داده شده به اداره مالیات و دارایی ایالت نیویورک توسط کارفرمایان در خصوص اطلاعات استخدام های جدید و گزارش حقوق و دستمزد باشد. من همچنین درک می کنم که ارائه عمدی اطلاعات نادرست ممکن است منجر به پیگرد قانونی مدنی یا کیفری تحت قانون ایالتی و / یا فدرال شود. ارائه اطلاعات نادرست عمدی شامل، اما نه محدود به، موارد تحریف آگاهانه، پنهان کردن و یا حذف درآمد خانواده، شمار خانوار، اطلاعات پزشکی، وضعیت پزشکی و محل اقامت است من همچنین درک می کنم که بیان غلط یا گمراه کننده یا وارونه جلوه دادن، پنهان کردن یا از قلم انداختن حقایق منجر به رد صلاحیت من شده و ممکن است منجر به بازپرداخت ارزش دلاری از مزایای WIC که من به اشتباه به آن دست یافته ام، شود صرفنظر از این که من قصدی در بدست آوردن مزایا بصورت نادرست داشته ام یا خیر. در نهایت، درک می کنم که امکان ثبت نام تنها در یک برنامه WIC را دارم. بدین وسیله من تایید میکنم که در حال حاضر در هیچ برنامه دیگر WIC ثبت نام نکرده ام. من درخواست می کنم که مزایا، امروز به من توزیع شود.

مطابق با قانون حقوق مدنی فدرال و قوانین و خط مشی های وزارت کشاورزی ایالات متحده (U.S. Department of Agriculture, USDA) در حیطه حقوق مدنی، این مؤسسه از قائل شدن تبعیض بر مبنای نژاد، رنگ پوست، ملیت اصلی، جنسیت (از جمله هویت جنسی و گرایش جنسی)، ناتوانی، ناتوانی، یا تلافی یا انتقام به خاطر فعالیت های حقوق مدنی پیشین منع شده است.

اطلاعات برنامه ممکن است به زبان هایی غیر از انگلیسی قابل دسترس باشد. افرادی که دچار ناتوانی هستند و برای دسترسی به اطلاعات برنامه به روش های ارتباطی جایگزینی نیاز دارند (مثلاً خط بریل، چاپ با حروف درشت، نوار صوتی، زبان اشاره آمریکایی)، باید با آن آژانس ایالتی یا محلی که اجراکننده برنامه ذیربط است تماس بگیرند. همچنین می توانند با مرکز TARGET از USDA به شماره 2600-720 (202) (تماس صوتی و TTY) تماس بگیرند یا از طریق «سرویس فدرال برای ناشنوایان» به شماره 833-877-800 (800) با USDA ارتباط برقرار کنند.

جهت تنظیم شکایت در خصوص تبعیض در برنامه، شاکی باید «فرم شکایت از تبعیض در برنامه USDA» (USDA Program Discrimination Complaint Form) یا کد AD-3027 را پر کند. دریافت این فرم با مراجعه به آدرس <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>، مراجعه به هریک از دفاتر USDA، تماس با (866) 9992-632 یا ارسال نامه به نشانی USDA امکان پذیر است. این نامه حتماً باید حاوی نام و نشانی و شماره تلفن شاکی به همراه توصیفی کتبی از عمل تبعیض آمیز مورد ادعا با جزئیات کافی باشد تا ماهیت و تاریخ تخلف مورد ادعا در رابطه با حقوق مدنی به اطلاع «دبیر حقوق مدنی» (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) برسد. فرم تکمیل شده AD-3027 یا نامه خود را از طرق زیر به USDA ارسال کنید:

(1) نامه: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
(2) فکس: (202) 690-7442 یا (833) 256-1665
(3) ایمیل: program.intake@usda.gov

این مؤسسه ارائه دهنده فرصت های برابر برای تمامی افراد است.

اطلاعات تماس برای طرح سایر شکایات یا درخواست برگزاری جلسه استماع عادلانه:

(1) نامه: WIC Program Director
NYSDOH, Riverview Center
150 Broadway, 6th Floor
Albany, NY 12204; or
(2) تلفن: (518) 402-7093؛ فکس (518) 402-7348؛ یا
(3) ایمیل: NYSWIC@HEALTH.NY.GOV