

## 为了具备参与WIC的资格,您必须:

- 为:
  - 孕妇,
  - 在6个月前分娩的妇女,
  - 正在给一岁以内的婴儿喂养母乳的母亲,
  - 婴儿或年龄在五岁以内的儿童;
- 在纽约州生活;
- 收入金额等于或低于联邦政府设定的收入水平,或接受食品券福利(SNAP)、Medicaid或贫困家庭临时援助(TANF);
- 具有医疗或营养需求;
- 具备身份证明。

如果您提出的福利申请被否决或您享受的福利停止,您可以要求召开会议来改变此项决定(或提出申诉)。该会议被称为协商会。如果在协商会上未能解决问题,您有权要求召开公平听证会。公平听证会为您提供一次机会向法官陈述自己认为上述决定有误。

## 讨论会

您(或代表您发言的人)可以(亲自或以书面形式)要求WIC本地代理处召开讨论会。您必须在自己的福利申请被否决或您得知福利即将停止时起的7天内要求召开讨论会。如果您未在7天内提出要求,您将会失去要求召开讨论会的机会。

一旦您提出要求,WIC本地代理处会通知您召开讨论会的日期、时间和地点。您(或代表您发言的人)可以在讨论会上陈述您的意见。代表您发言的人可以是您的亲属、朋友、律师或其他人。讨论会必须在您提出要求之日起的10天内召开。

您可以在讨论会上询问自己的申请为何被拒绝,或您的福利为何被停止。您可以要求查看您的文件中的信息。此外,您也可以提供信息,证明本地代理处的决定有误。

## 公平听证会

您或代表您发言的人可以(亲自或以书面形式)要求召开公平听证会。您必须在自己的福利申请被否决或您得知福利即将停止时起的60天内要求召开公平听证会。如果您未在60天内提出要求,您将会失去要求召开公平听证会的机会。

认证期间是指您享受WIC福利期间。如果您享受的福利在认证期间结束,并且,您在15天之内要求召开听证会,您可以继续享受福利,直至得知听证会结果或认证期间结束(以时间先到者为准)。

您可以向WIC本地代理处(员工会为您提供协助)提出召开听证会的要求,或与纽约州WIC计划联系:

邮寄地址: WIC Program Director	电话: (518) 402-7093;
NYSDOH, Riverview Center	传真: (518) 402-7348; 或
Room 650, 150 Broadway,	电子邮箱: NYSWIC@HEALTH.NY.GOV
Albany, NY 12204	

本地代理处会将召开听证会的日期、时间和地点发送给您。听证会将由一位公正的法官主持。法官将决定关于拒绝您的申请或让您停止享受WIC福利的决定是否正确。您或代表您发言的人可以在听证会上陈述自己的看法。代表您发言的人可以是您的亲属、朋友、律师或其他人。

您或代表您发言的人可以在召开听证会之前或期间查阅表明本地代理处为何作出此类决定的相关信息。您或代表您发言的人可以在召开听证会期间提供证人和证据,质疑您听到或看到的证据或证明此类证据为虚假证据,并且可以询问证人相关问题。听证会期间将使用英语。如果您需要口译员,并且在召开听证会之前至少提前10天要求本部门提供口译员,本部门将为您提供免费口译服务。如果您本人或您的代理律师未出席听证会,则表明您放弃要求召开听证会的权利。

如需了解其它信息,参见《美国联邦法规》第7卷第246.7条、第7卷第246.9条;《纽约州法律、法规和规章》第10卷第60-1.1-1.6条;《纽约州WIC计划手册》第1047条、第1100条、第1130条、第1136条。

如果您提出的福利申请被否决或您享受的福利停止, 您有权要求召开公平听证会。公平听证会为您提供一次机会向法官陈述自己认为上述决定有误。您必须在自己的福利申请被否决或您得知福利即将停止时起的60天内要求召开公平听证会。如果您未在60天内提出要求, 您将会失去要求召开公平听证会的机会。

认证期间是指您享受WIC福利期间。如果您享受的福利在认证期间结束, 并且, 您在15天之内要求召开听证会, 您可以继续享受福利, 直至得知听证会结果或认证期间结束(以时间先到者为准)。

您可以向WIC本地代理处(员工会为您提供协助)提出召开听证会的要求, 或与纽约州WIC计划联系:

邮寄地址: WIC Program Director  
NYSDOH, Riverview Center  
Room 650, 150 Broadway  
Albany, NY 12204  
电话: (518) 402-7093;  
传真: (518) 402-7348; 或  
电子邮箱: NYSWIC@HEALTH.NY.GOV

请完整填写下列信息

日期 \_\_\_\_\_

申请人/参与者姓名(工整书写) \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_ WIC ID号(如适用) \_\_\_\_\_  
电话: ( ) - \_\_\_\_\_

本地代理处名称 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_ 电话: ( ) - \_\_\_\_\_

提出召开听证会申请的理由(可选) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

根据联邦民权法和美国农业部(U.S.Department of Agriculture, USDA)民权法规和政策, 严禁USDA及其代理处、办公室和雇员, 以及参与或管理USDA计划的机构在USDA实施或资助的任何计划或活动中基于种族、肤色、民族、性别、残疾、年龄歧视任何人, 或由于任何民权活动对任何人实施打击报复。

需要通过其它沟通方式(例如, 盲文、大字印刷、录音带、美国手语等)获取计划信息的残疾人应与申请福利所在的代理处(州或本地)联系。患有耳聋、听力障碍或言语残疾的人可以通过联邦信息传递服务(电话: (800) 877-8339)与USDA联系。此外, 代理处也可以使用除英语以外的其它语言提供计划信息。

如需针对任何歧视行为向计划提交投诉, 请在网站[http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html)上以及任何USDA办公室填写USDA计划歧视投诉表(AD-3027)或致函USDA并提供表格中要求的全部信息。如需获取投诉表, 请拨打(866) 632-9992。您可以通过下列地址将填好的表格或信函邮寄至USDA:

邮寄地址: U.S.Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C.20250-9410;

传真: (202) 690-7442; 或

电子邮箱: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

此机构是平等机会提供者。