

Mes droits en tant que participante au programme WIC :

- Les règles pour participer au programme WIC sont les mêmes pour toutes les participantes, sans distinction de race, de couleur, de nationalité d'origine, d'âge, du handicap ou du sexe.
- L'objectif du WIC est de fournir des informations sur la nutrition, l'allaitement et les aliments sains et de me mettre en contact avec tout autre service de santé ou communautaire dont je pourrais avoir besoin. Je suis encouragée à participer à ces services.
- Les professionnels de la santé du WIC travailleront avec moi pour développer des objectifs nutritionnels afin de favoriser un mode de vie sain.
- Si je déménage dans un autre État, j'en informerai le WIC qui me donnera des documents de transfert afin que je continue à bénéficier de mes services WIC dans l'État de destination.
- Je peux demander une audience équitable si le personnel de WIC dit que je ne peux pas bénéficier des services de WIC et que je ne suis pas d'accord. Je dispose de 60 jours à compter de la date de réception de la lettre concernant mon éligibilité pour envoyer une correspondance ou appeler mon bureau WIC local et en demander une audience.

Mes responsabilités en tant que participante au programme WIC :

- Participer à plus d'un programme WIC (dans l'État ou hors de l'État) est illégal et entraînera mon exclusion du programme.
- Je donnerai mon accord pour un examen médical WIC pour tous les candidats WIC de ma famille. L'examen médical WIC consiste à répondre à des questions concernant la santé et le régime alimentaire, à mesurer la taille et le poids et à rechercher l'anémie dans le sang. Cela aide le WIC à fournir des prestations adaptés aux besoins de ma famille.
- Je me rendrai à mes rendez-vous ou j'appellerai à l'avance si je ne peux pas me rendre à mon rendez-vous.
- J'informerai le WIC de tout changement important pouvant survenir, comme mes coordonnées, les changements de nom et de garde des enfants dont je m'occupe et qui bénéficient des services de WIC.
- Je traiterai les membres du personnel du WIC, le personnel de l'épicerie et les biens avec courtoisie et respect. Je comprends que moi-même ou l'un de mes mandataires pouvons perdre mes prestations alimentaires du WIC si nous insultons, harcelons, menaçons ou blessons physiquement un membre du personnel du WIC, un autre client du WIC ou le personnel de l'épicerie.
- Je n'achèterai que les aliments approuvés figurant sur la liste de mes prestations alimentaires WIC avec la carte eWIC qui m'a été remise.
- Je n'utiliserai les aliments WIC que pour la/les personne(s) inscrite(s) au programme. Je comprends que la fourniture de ces aliments WIC est destinée à promouvoir et soutenir le bien-être nutritionnel de cette personne et pour l'aider à atteindre l'apport recommandé en nutriments ou aliments importants.
- Je ne négocierai pas, ne vendrai pas, ne transférerai pas, n'échangerai pas, ne tenterai pas de négocier, de vendre, de transférer ou d'échanger des aliments/formules ou des prestations qui m'ont été délivrés. Je ne permettrai pas à une autre personne de

négocier, vendre, transférer ou échanger, ou d'offrir de négocier, vendre, transférer ou échanger, des denrées alimentaires/formules ou des prestations qui m'ont été délivrées.

- Je conserverai pendant trois mois tous les reçus de magasin pour les aliments ou les préparations que j'achète avec des fonds non WIC et qui sont identiques à ceux délivrés par WIC si j'ai l'intention de vendre, d'échanger ou de donner ces articles. Cela me permet de prouver qu'ils n'ont pas été achetés avec mes fonds WIC.

En tant que participante au WIC, je comprends que :

- Je dois présenter une nouvelle demande à la fin de la période de certification qui sera l'objet d'un réexamen pour déterminer si je suis éligible au programme.
- Le WIC ne fournit pas toute la nourriture ou le lait maternisé nécessaire au cours d'un mois, car il s'agit d'un programme complémentaire.
- Si je ne reçois pas de prestations alimentaires pendant quatre mois consécutifs, je serai exclu du programme.
- Le Department of Health and Human Services (HHS) peut autoriser le partage de mes informations WIC avec des programmes de santé et d'éducation spécifiques. Ces programmes peuvent utiliser ces informations pour déterminer mon éligibilité 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 inscrit(e) à leurs programmes, et s'assurer que mes besoins en matière de soins de santé ont été satisfaits. Ces informations seront utilisées par les agences WIC et les organisations publiques dans le cadre de l'administration de leurs programmes destinés aux personnes éligibles au programme WIC. Je comprends que le HHS peut également autoriser le partage de mes informations WIC comme l'exige ou l'autorise la législation fédérale ou de l'État. Je peux demander une liste des programmes de HHS avec lesquels mes informations WIC peuvent être partagées, comme indiqué dans la politique WIC « Confidentialité des informations sur les participantes ».

J'ai été informée de mes droits et obligations dans le cadre du programme. Je certifie que les informations fournies pour l'examen de mon éligibilité sont correctes, à ma connaissance. Ce formulaire de certification est soumis dans le cadre de l'obtention d'une aide fédérale. Les responsables du programme peuvent vérifier les informations contenues dans le présent formulaire. Je comprends que toute déclaration intentionnellement fautive ou trompeuse ou le fait de déformer, dissimuler ou retenir intentionnellement des informations peut entraîner le paiement à l'agence d'État, en espèces, de la valeur des prestations alimentaires qui m'ont été indûment accordées et peut m'exposer à des poursuites civiles ou pénales en vertu de la législation de l'État et de la législation fédérale.

Nom du/des participant(s) WIC certifié(s) aujourd'hui :

Signature du participant/parent/tuteur _____ Date : _____

Conformément à la loi fédérale sur les droits civils et aux règlements et politiques en matière de droits civils de l'U.S. 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 les représailles pour une activité antérieure en matière de droits civils.

Les informations relatives au programme peuvent être mises à disposition dans d'autres langues que l'anglais. Les personnes handicapées qui ont besoin d'autres moyens de communication pour obtenir des informations sur le programme (par exemple, le braille, les gros caractères, les bandes sonores, la langue des signes américaine) doivent contacter l'agence locale ou d'État responsable qui administre le programme ou le centre TARGET de l'USDA au (202) 720-2600 (voix et TTY) ou contacter l'USDA par l'intermédiaire du Federal Relay Service au (800) 877-8339.

Pour déposer une plainte pour discrimination dans le cadre d'un programme, le plaignant doit remplir le formulaire AD-3027, Formulaire de plainte pour discrimination dans le cadre d'un programme de l'USDA, disponible à l'adresse suivante : <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> auprès de n'importe quel bureau de l'USDA, en appelant le (866) 632-9992, ou en écrivant une lettre adressée à l'USDA. La lettre doit contenir le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du plaignant, ainsi qu'une description écrite de l'action discriminatoire présumée suffisamment détaillée pour informer le secrétaire adjoint aux droits civils (ASCR) de la nature et de la date d'une violation présumée des droits civils. Le formulaire AD-3027 dûment rempli ou la lettre doit être envoyé au USDA au plus tard le :

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

Cette institution est source d'égalité des chances .