

## Mes droits

- **WIC foods** : Je vais me procurer un instrument alimentaire (carte eWIC) pour acheter des aliments sains.
- **Information nutritionnelle** : J'obtiendrai des informations sur l'alimentation saine et la vie active.
- **Soutien à l'allaitement** : WIC m'aidera et me soutiendra pour l'allaitement.
- **Information sur les soins de santé** : J'obtiendrai des informations sur les vaccinations et d'autres services dont j'aurais besoin.
- **Traitement équitable** : Les règles de demande du WIC sont les mêmes pour tous le monde. Je peux demander à un employé WIC de tenir une audience équitable si quelqu'un me dit que je ne peux pas bénéficier du WIC et que je ne suis pas d'accord.
- **Courtoisie** : WIC et le personnel du magasin me traiteront avec courtoisie et respect. Je peux dire au personnel du WIC que je voudrais déposer une plainte si je ne suis pas traité avec respect. Je peux également déposer une plainte auprès de l'USDA à l'adresse ci-dessous.
- **Informations relatives au transfert** : Si je déménage, je peux transférer mon WIC dans un autre état. Je peux demander des papiers de transfert à prendre avec moi.

## Mes responsabilités

### Je comprends que :

- WIC ne donne pas tous les aliments ou préparations nécessaires pour un mois et que les avantages inutilisés ne se reportent pas au prochain mois.
- Si je perds ma carte eWIC, elle peut être remplacée. Si mes prestations alimentaires expirent avant de recevoir une nouvelle carte eWIC, les prestations ne seront pas remplacées.
- L'information que je fournis au Programme WIC est soumise relativement à la réception de l'aide fédérale. Les responsables du programme peuvent vérifier les renseignements qui leur sont fournis.
- Les renseignements permettant d'identifier un participant au WIC doivent être communiqués aux personnes directement liées à l'administration, à l'application ou aux audits du programme.
- Le secrétaire du Département de la santé du Maryland (Maryland Department of Health) peut autoriser la divulgation de renseignements aux représentants des organismes publics qui desservent les personnes admissibles au programme WIC. Une liste de ces organismes est disponible sur demande auprès du programme WIC.
- Les renseignements communiqués aux organismes ne seront utilisés que dans le but de déterminer l'admissibilité des participants WIC aux programmes qu'ils administrent, d'atteindre les participants WIC aux programmes, d'évaluer la capacité de l'État à répondre aux besoins et aux résultats des participants WIC aux programmes de soins de santé ou de simplifier les procédures de participation à ces programmes.

### J'accepte de suivre les règles ci-dessous. Je vais :

- Toujours apporter ma pièce d'identité (ID) à chaque visite à la clinique.
- Fournir tous les documents demandés par le programme WIC en temps opportun.
- Utiliser les aliments et préparations WIC seulement pour la personne sur WIC.
- Signaler les cartes eWIC perdues, volées ou endommagées conformément aux instructions.
- M'assurer que toute personne que je nomme pour utiliser mes avantages connaît les droits et responsabilités du WIC. Je leur apprendrai à utiliser correctement mes prestations.
- Respecter mes rendez-vous WIC ou appeler la clinique pour les reporter. Si je ne touche pas de prestations deux fois de suite, je peux être retiré du programme.
- Ne pas vendre, donner ou échanger ma carte eWIC, mes aliments ou ma formule contre de l'argent, du crédit, des bons différés ou d'autres articles. Si j'ai des objets WIC que je ne peux pas utiliser, je les retournerai à la clinique.
- Ne pas mettre en vente ou échanger des articles WIC sur Internet.
- Ne pas jurer, crier, harceler, menacer ou blesser physiquement le personnel du WIC ou du magasin; ou endommager les biens du WIC ou du magasin.
- Ne pas inscrire un enfant qui n'est pas sous ma responsabilité légale ou désignée.
- Ne pas s'inscrire au WIC dans plus d'un État ou bénéficier de plus d'une clinique WIC chaque mois.

### Je m'engage à fournir des informations vraies et complètes sur :

- Mon identité, mon état de grossesse et mon adresse.
- Le nombre de personnes vivant dans mon ménage.
- Le revenu total de toutes les personnes vivant dans mon ménage.
  - Être sur Medicaid, le Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire du Maryland (Maryland Supplemental Nutrition Assistance Program), également appelé Food Stamps ou SNAP, ou Assistance financière temporaire (Temporary Cash Assistance) (TCA).
- Tous les changements dans les circonstances de la vie (par exemple, j'aviserai WIC si j'ai des changements dans mon revenu ou la taille de ma famille ou si je déménage).

**Ma signature dans le système WIC signifie que :**

- Les renseignements que j'ai fournis pour déterminer l'admissibilité sont exacts à ma connaissance.
- Je comprends et conviens que le fait de faire intentionnellement une déclaration fausse ou trompeuse ou de déformer, cacher ou retenir des faits peut entraîner pour moi l'obligation de payer au programme WIC, en espèces, la valeur des prestations alimentaires qui m'ont été indûment délivrées et peut m'exposer à des poursuites civiles ou pénales en vertu des lois de l'État et des lois fédérales et à l'exclusion du programme WIC.
- J'ai reçu ou recevrai un instrument alimentaire (carte eWIC) pour mon ménage.
- J'ai posé toutes les questions que j'avais sur le WIC et on m'a répondu.
- Je comprends quels sont mes droits et mes responsabilités.
- Je comprends que si je ne respecte pas mes responsabilités, je risque d'être exclu du programme WIC.

The following participants were certified on \_\_\_\_\_

# 1 _____	# 3 _____
# 2 _____	# 4 _____

\_\_\_\_\_  
Signature of Applicant/Parent/Guardian/Designee

\_\_\_\_\_  
Signature of WIC Staff

**For Manual Certifications Only:**

**Income Determination**

**Nutrition Risk Determination**

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Signature

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotope, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online

at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by:

(1) mail: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;

(2) fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or

(3) email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

This institution is an equal opportunity provider.