

Права та обов'язки учасників Програми WIC штату Меріленд

Мої права

- **Продукти WIC:** Я отримаю продовольчий інструмент (картку eWIC) для придбання здорових продуктів харчування.
- **Інформація про харчування:** Я отримаю інформацію про здорове харчування та активний спосіб життя.
- **Підтримка грудного вигодовування:** WIC надасть мені допомогу і підтримку щодо грудного вигодовування.
- **Медична інформація:** Я отримаю інформацію про вакцинацію та інші послуги, які можуть мені знадобитися.
- **Справедливе ставлення:** Правила подачі заявки на WIC є однаковими для всіх. Я можу попросити співробітника WIC про проведення об'єктивного розгляду, якщо хтось стверджує, що я не можу бути учасником WIC, і я не згодна з цим.
- **Звичайна ввічливість:** Співробітники WIC та магазину ставитимуться до мене з ввічливістю та повагою. У разі неповажного ставлення до мене я можу сказати співробітникам WIC, що хочу подати скаргу. Я також можу подати скаргу до USDA за вказаною нижче адресою.
- **Інформація про переведення:** У разі переїзду я можу перевести свою програму WIC до іншого штату. Я можу попросити документи на переведення, щоб забрати їх з собою.

Мої обов'язки Я

розумію, що:

- WIC не видає всі продукти харчування або суміші, необхідні на місяць, і що невикористані пільги не переносяться на наступний місяць.
- У разі втрати картки eWIC її можна буде замінити. Якщо термін дії моїх продовольчих пільг закінчиться до того, як я отримаю нову картку eWIC, пільги не будуть компенсовані.
- Інформація, яку я надаю Програмі WIC, подається в зв'язку з отриманням Федеральної допомоги. Співробітники Програми можуть перевіряти надану їм інформацію.
- Інформація, яка ідентифікує учасника WIC, надається особам, безпосередньо пов'язаним з адмініструванням, виконанням або аудитом Програми.
- Секретар Департаменту охорони здоров'я штату Меріленд може надати дозвіл на розкриття інформації представникам громадських організацій, які обслуговують осіб, що мають право на участь у Програмі WIC. Перелік цих організацій можна отримати за запитом до Програми WIC.
- Надана організаціям інформація буде використовуватися лише з метою визначення відповідності учасників WIC адміністрованим нею програмам, проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи серед учасників WIC щодо таких програм, оцінки відповіді Штату на потреби в медичній допомозі та результати медичного обслуговування учасників WIC, або для спрощення процедур участі в цих програмах.

Я погоджуюся дотримуватися наведених нижче правил. Я зобов'язуюся:

- Завжди приносити з собою документ, що посвідчує особу (ID), на кожне відвідування клініки.
- Своєчасно надавати всі документи, запитовані Програмою WIC.
- Використовувати продукти харчування та суміші WIC лише для особи, яка є учасником WIC.
- Повідомляти про втрату, крадіжку або пошкодження карток eWIC відповідно до інструкцій.
- Пересвідчитися, що будь-яка особа, яка, за моїми словами, користується моїми пільгами, знає права та обов'язки WIC. Я зобов'язуюся навчити її користуватися моїми пільгами належним чином.
- Відвідувати всі призначені зустрічі з WIC або телефонувати до клініки для їх перенесення. Якщо я не з'явлюся для отримання пільг двічі поспіль, мене можуть виключити з Програми.
- Не продавати, не дарувати та не обмінювати мою картку eWIC, продукти харчування або суміш на гроші, кредит, відстрочку або інше. Якщо я маю пільги WIC, які не можу використати, я зобов'язуюся повернути їх до клініки.
- Не виставляти пільги WIC на продаж або обмін в Інтернеті.
- Не лягтися, не кричати, не переслідувати, не погрожувати та не завдавати фізичної шкоди працівникам WIC або магазину; не пошкоджувати майно WIC або магазину.
- Не реєструвати у програмі дитину, яка не перебуває під моєю законною або призначеною опікою.
- Не реєструватися у WIC більш ніж в одному штаті та не отримувати пільги більш ніж в одній клініці WIC щомісяця.

Я погоджуюсь надавати правдиву та повну інформацію про:

- Мою особу, стан вагітності та адресу.

- Кількість осіб, які проживають у моєму домогосподарстві.
- Сукупний дохід усіх осіб, що проживають у моєму домогосподарстві.
 - Участь у програмі Medicaid, Програмі додаткової продовольчої допомоги штату Меріленд, також відомій як Продовольчі талони або SNAP, або у програмі Тимчасової грошової допомоги (ТСА).
- Всі зміни життєвих обставин (наприклад, я зобов'язуюся повідомляти WIC про зміни доходу або розміру сім'ї, або свій переїзд).

Мій підпис у системі WIC означає, що:

- Інформація, надана мною для визначення відповідності вимогам, наскільки мені відомо, є достовірною.
- Я розумію та погоджуюсь, що зумисне подання неправдивої або оманливої інформації, спотворення, приховування або замовчування фактів може призвести до необхідності мені сплатити Програмі WIC вартість неправомірно наданих мені продовольчих пілг у грошовій формі, а також може призвести до цивільного або кримінального переслідування згідно з законодавством штату та федеральним законодавством та до виключення з Програми WIC.
- Я отримала або отримаю продовольчий інструмент (картку eWIC) для мого домогосподарства.
- Я поставила будь-які наявні в мене запитання щодо WIC і отримала на них відповіді.
- Я розумію свої права та обов'язки.
- Я розумію, що якщо я не буду виконувати свої обов'язки, мене можуть дискваліфікувати з Програми 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, audiotape, 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.

This institution is an equal opportunity provider.