

WICプログラム参加者の権利と責任

私は、女性・乳幼児（Women, Infants and Children、WIC）のための特別な補助栄養プログラムの参加者としての私の権利と責任に関する情報を受け取りました。私は、次の権利を有することを理解しています。

- WICスタッフと食料品店の従業員から、公正で敬意を持った扱いを受ける。
- 私がWICのスタッフに提供した情報が守秘扱いされる。この情報は、私の許可がない限り、WICプログラム外の誰にも開示されない。
- 栄養に関する教育、ヘルスケアやその他の役立つサービスに関する情報を入手する。
- WICを受け入れる許可を得ているニューヨーク州の食料品店と薬局をどこでも使用できる。
- 私または私の子どもの栄養上のニーズを満たす食品パッケージを受け取る。
- 他の地域のWIC事務所への移動を要請する。
- WICプログラムの給付が終了する際に、書面でその理由の説明を受ける。
- 私の資格に関する決定に私が同意しない場合、公正なヒアリング（fair hearing）を要請できる。

WICプログラムの資格があるか確認するために私が提供した情報は、私が知る限り、正確です。私は、以下を理解しています。

- ニューヨーク州WICプログラムは、Medicaid、補助的栄養支援プログラム（Supplemental Nutrition Assistance Program、SNAP）、生活困窮世帯への一時的支援（Temporary Assistance for Needy Families、TANF）、育児支援プログラム（Child Care Assistance Program）などの特定の健康・教育プログラムと私のWIC情報を共有することを承認することがあります。こうした情報は、州および地域のWIC事務所および公的機関が、WICプログラムの資格を有する人を対象とするプログラムを運営する場合にのみ使用します。これらのプログラムは、次の目的でこの情報を使用することがあります：プログラムへの私の資格を判断する、それらのプログラムに関する情報を私に提供し、申請プロセスを容易にする、すでにそれらのプログラムに登録している場合、私の健康、教育、ウェルビーイングを改善する、および私の医療ニーズが確実に満たされるようにするため。
- WICプログラムのスタッフは、私が提供した情報が正確であるか確認することがあります。これらのスタッフは、私の上司や収入に関する情報を提供する他の人に連絡することができます。これらのスタッフは、ニューヨーク州税務・財務局から、私の税金申告記録を取得することができます。私がWICに参加できるか決定する際に、これらのスタッフは、私が申請した時より12か月以上前の情報は求めません。いずれかのWIC規定に違反したかを確認する際に、これらのスタッフは、私がWICの給付を受け取っていた期間のいかなる時点の情報も要請することができます。
- 私は、転居の予定がある場合、電話番号が変わる場合、世帯の誰かの収入が変わる場合、または別のWIC地域事務所に変更したい場合は、利用しているWIC地域事務所に知らせる必要があります。
- 私が真実を述べなかった場合、またはWICの給付を得るために情報を隠した場合、私に受給資格がなかった給付を州に返金しなければならない場合があります。また私に対して、ニューヨーク州または連邦政府の職員によって訴訟が起こされる可能性もあります。
- 私は1つのWICプログラムにのみ参加することができます。私は、現在、他のWICプログラムに参加していないことを確認します。
- WICの食品は、参加している家族のみを対象としたものです。WICの給付は、いかなる方法であっても、売る、売る申し出をする、または譲ることはできません。
- 私の食品パッケージを変更する、または短期間停止する必要がある場合、私はWIC地域事務所に電話をします。

私は、WIC地域事務所が健康関連のサービスや栄養に関する教育を利用できるようにすること、またこれらのサービスへの参加を奨励することを認識しています。

私は、WICプログラムの資格と参加の規定が、人種、肌の色、出身国、年齢、障害の有無、性別にかかわらず誰に対しても同じであることを認識しています。

続く



Department
of Health

公正なヒアリングの要請

給付への申請が却下された、または給付が中止された場合、公正なヒアリング（Fair Hearing）への権利があります。公正なヒアリングは、あなたが判定者に決定が誤っていると考える理由を伝える機会です。このヒアリングは、申請が却下された日、または給付が中止すると伝えられた日から60日以内に要請する必要があります。60日以内に要請しない場合、公正なヒアリングの機会を失います。

認定期間は、あなたがWICの給付を受け取る予定の期間です。認定期間の途中で給付が中止され、15日以内にあなたがヒアリングを要請した場合、ヒアリングの結果がわかる、または認定期間が終了する日のいずれか早い方の日まで、WICの給付は継続されます。WIC地域事務所ではヒアリングについて尋ねるか（スタッフがお手伝いいたします）、ニューヨーク州WICプログラムまで問い合わせることもできます。

郵便： WIC Program Director
NYSDOH, Riverview Center
150 Broadway, 6th Floor
Albany, NY 12204

電話： (518) 402-7093
FAX： (518) 402-7348
Eメール： NYSWIC@HEALTH.NY.GOV

これは、WICの給付を受け取る前に、私がコンピュータシステムで署名したことを証明する声明です。

私は、WICプログラムの下での私の権利と義務について助言を受けました。私は、私が資格の決定のために提供した情報が私が知る限り完全かつ正確であることを証明します。この情報はWICの給付を受け取るために提供されました。私は、州または地域のWIC事務所がこの情報を確認し、私の収入について私の上司や他の情報源に連絡する必要があるか、またニューヨーク州税務・財務局（Department of Taxation and Finance）から私の税金申告記録を取得する必要があるかを判断することを理解しています。私は、特に、ニューヨーク州税務・財務局がこの目的のために私の税金申告記録を開示することを許可します。この記録には、新規雇用および賃金報告情報に関連して雇用主がニューヨーク州税務・財務局に提供した特定の雇用情報が含まれる場合があります。また私は、意図的な虚偽表示は、州法および／または連邦法に基づいて民事または刑事訴追の対象となる可能性があることを理解しています。意図的な虚偽表示には世帯収入、世帯人数、医療データ、Medicaidの受給資格、居住地の意図的な改ざん、隠蔽、または省略が含まれますが、この限りではありません。また私は、虚偽または誤解を招く発言をする、または事実を偽る、隠す、もしくは省略すると、私の資格が失われ、不正受給の意図があったかどうかにかかわらず、不正受給したことになるWICの給付と同等の金額を返金しなければならない場合があることを理解しています。最後に、私は1つのWICプログラムにのみ参加できることを理解しています。私は、現在、他のWICプログラムに参加していないことを証明します。私は、今日私に給付が発行されることを要請します。

連邦公民憲法及び米国農務省（USDA）の公民権に関する規制と方針に従い、この機関は人種、肌の色、国籍、性別（性自認や性的嗜好も含む）、障がい、年齢、または以前の公民権活動に対する報復または仕返しに基づく差別を禁止されています。

プログラム内容は英語以外の言語で提供される場合があります。プログラムの内容を得るために代替の連絡手段（例：点字、大活字、オーディオテープ、アメリカ手話）が必要な障がいを持った方はプログラムを担当する州または地方期間、またはUSDAのTARGETセンター（202）720-2600（ボイス及びTTY）までご連絡いただくか、連邦リレーサービス（800）877-8339を通してUSDAまでご連絡ください。

プログラム差別の苦情を提出する場合、苦情申立人の方にForm AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Formへご記入いただけます。入手方法はホームページ<https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-japanese.pdf>、USDA オフィス、電話(866) 632-9992、またはUSDA宛に手紙を書くことです。手紙の内容は申立人の氏名、住所、電話番号、及び公民権担当次官補（ASCR）へ差別行為の疑いについて十分な詳細を含んだ公民権侵害の疑いがある事件内容と日付の説明をお願いします。記入されたAD-3027の用紙または手紙はUSDAまでご提出ください。

- (1) 郵便： U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410、もしくは
- (2) FAX： (833) 256-1665 もしくは (202) 690-7442、もしくは
- (3) Eメール： program.intake@usda.gov

この機関は機会均等を提供する機関です。

その他の苦情申し立て、または公正なヒアリングのリクエストについては、以下のいずれかの方法でご連絡ください。

- (1) 郵便： WIC Program Director
NYSDOH, Riverview Center
150 Broadway, 6th Floor
Albany, NY 12204
- (2) 電話： (518) 402-7093 FAX： (518) 402-7348、もしくは
- (3) Eメール： NYSWIC@HEALTH.NY.GOV