

# Droits et responsabilités des participantes au programme WIC

J'ai obtenu des renseignements sur mes droits et responsabilités en tant que participante au programme WIC. Je comprends que j'ai le droit :

- d'être traitée de manière équitable et respectueuse par le personnel du WIC et les employés de magasin d'alimentation
- que les renseignements que j'ai communiqués au personnel du WIC restent confidentiels. Ils ne seront communiqués à personne en dehors du programme WIC sans mon autorisation
- d'obtenir une éducation nutritionnelle et de l'information sur les soins de santé et d'autres services utiles
- d'utiliser n'importe quel magasin d'alimentation et n'importe quelle pharmacie de l'État de New York autorisés à accepter WIC
- d'obtenir un colis alimentaire qui répond à mes besoins nutritionnels ou à ceux de mon enfant
- de demander un transfert vers une autre agence WIC locale
- d'être informée par écrit de la date et de la raison pour laquelle les prestations du programme WIC prennent fin
- de demander une audience équitable si je ne suis pas d'accord avec les décisions concernant mon admissibilité

Les renseignements que j'ai fournis pour vérifier si je suis admissible au programme WIC sont, à ma connaissance, corrects. Je comprends que :

- Le programme WIC de l'État de New York peut autoriser le partage de mes renseignements WIC avec des programmes de santé et d'éducation particuliers comme Medicaid, le Programme d'aide à la nutrition supplémentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), l'Aide temporaire aux familles nécessiteuses (Temporary Assistance to Needy Families, TANF) et le Programme d'aide à la garde d'enfants (Child Care Assistance Program). Ces renseignements seront utilisés par les agences WIC locales et d'État, et les organisations publiques uniquement dans le cadre de l'administration de leurs programmes destinés aux personnes admissibles au programme WIC. Ces programmes peuvent utiliser ces renseignements aux fins suivantes : déterminer mon admissibilité à leurs programmes; me fournir des renseignements sur ces programmes et faciliter le processus de demande; améliorer ma santé, mon éducation ou mon bien-être si je suis déjà inscrite à leurs programmes; et vérifier que mes besoins en matière de soins de santé ont été satisfaits.
- Le personnel du programme WIC peut vérifier l'exactitude des renseignements que je lui ai fournis. Il peut contacter mes patrons ou d'autres sources pour avoir des renseignements à propos de mes revenus. Il peut obtenir mon dossier d'impôt auprès du ministère des Impôts et Finances (Department of Taxation and Finance) de l'État de New York. Lors de la détermination de ma participation au WIC, il ne me demande pas de renseignements datant de plus de 12 mois avant ma demande. S'il le personnel cherche à savoir si des règles WIC ont été enfreintes, il peut demander des renseignements pour toute période pendant laquelle j'ai reçu des prestations WIC.
- Je dois informer mon agence WIC locale si je prévois déménager, si mon numéro de téléphone change, si le revenu d'un membre de mon ménage change ou si je veux changer d'agence WIC locale.
- Si je ne dis pas la vérité ou si je dissimule des renseignements dans le but d'obtenir des prestations WIC, je risque de devoir rembourser à l'État les prestations auxquelles je n'avais pas droit. Je peux également être traduite en justice par des fonctionnaires de l'État de New York ou des fonctionnaires fédéraux.
- Je ne peux m'inscrire qu'à un seul programme WIC. Je confirme que je ne suis actuellement pas inscrite à un autre programme WIC.
- Les aliments WIC sont uniquement destinés au membre de la famille inscrit. Je ne peux pas vendre, proposer de vendre ou donner les prestations WIC de quelque manière que ce soit.
- Si mon colis alimentaire doit être modifié ou sa livraison interrompue pendant une courte période, j'appellerai mon agence WIC locale.
- Il est de ma responsabilité de traiter le personnel du WIC et les commis de détail avec courtoisie et respect. Je comprends que je peux être suspendue ou exclue du programme WIC si je profère des menaces ou si je commets des actes de violence physique à l'encontre du personnel de WIC ou des commis de détail.

Je suis consciente que l'agence WIC locale mettra à ma disposition des services de santé et d'éducation nutritionnelle, et je suis invitée à y participer.

Je sais que les règles d'admissibilité et de participation au programme WIC sont les mêmes pour tout le monde, indépendamment de la race, de la couleur de peau, de l'origine nationale, de l'âge, d'un handicap ou du sexe.



Department  
of Health

→  
suite

---

## Demander une audience

Si votre demande de prestations a été rejetée ou si vos prestations ont pris fin, vous avez droit d'être entendue. Une audience vous permet d'expliquer au juge pourquoi la décision prise est erronée à votre avis. Vous devez demander l'audience dans les 60 jours suivant le rejet de votre demande ou l'annonce déclarant que vous n'aurez plus droit aux prestations. Si vous ne la demandez pas dans les 60 jours, vous perdrez la possibilité d'obtenir une audience.

La période de certification correspond à la durée pendant laquelle vous alliez bénéficier des prestations WIC. Si vos prestations prennent fin au milieu de la période de certification et que vous demandez une audience dans les 15 jours, vos prestations WIC seront maintenues jusqu'à ce que le résultat de l'audience soit connu ou jusqu'à la fin de la période de certification, selon la première échéance. Demandez une audience à l'agence WIC locale (le personnel vous aidera) ou contactez le programme WIC de l'État de New York :

Courrier :	WIC Program Director NYSDOH, Riverview Center 150 Broadway, 6th Floor Albany, NY 12204	Téléphone :	(518) 402-7093
		Télécopieur :	(518) 402-7348; ou
		Courriel :	NYSWIC@HEALTH.NY.GOV

---

## Ceci est la déclaration d'attestation que j'ai signée dans le système informatique avant de recevoir mes prestations WIC :

J'ai été informée de mes droits et obligations en vertu du programme WIC. Je certifie que les renseignements que j'ai fournis pour la détermination de mon admissibilité sont, à ma connaissance, complets et corrects. Ces renseignements ont été fournis afin que je puisse bénéficier des prestations WIC. Je comprends que les représentants de l'agence WIC locale ou de l'État peuvent vérifier ces renseignements si nécessaire en contactant les employeurs ou d'autres sources à propos de mes revenus, et/ou en obtenant mon dossier d'impôt auprès du ministère des Impôts et Finances de l'État de New York. J'autorise expressément le ministère des Impôts et Finances de l'État de New York à divulguer mon dossier d'impôt à cette fin, ce qui peut inclure certains renseignements relatifs à l'emploi fournis au ministère des Impôts et Finances de l'État de New York par les employeurs en ce qui concerne les renseignements sur les nouvelles embauches et les salaires (New Hire and Wage Reporting). Je comprends également qu'une déclaration délibérément fautive peut m'exposer à des poursuites civiles ou pénales en vertu de la législation de l'État et/ou de la législation fédérale. Les déclarations délibérément fausses comprennent, entre autres, la falsification, la dissimulation ou l'omission délibérée des revenus du ménage, de la taille du ménage, des données médicales, du statut Medicaid et du lieu de résidence. Je comprends également que toute déclaration fautive ou trompeuse ou toute tentative de déformer, dissimuler ou omettre des faits peut entraîner ma disqualification et exiger le remboursement de la valeur monétaire des prestations WIC que j'ai obtenues à tort, que j'aie eu ou non l'intention d'obtenir indûment des prestations. Enfin, je comprends que je ne peux m'inscrire qu'à un seul programme WIC. Je certifie par la présente que je ne suis actuellement pas inscrite à un autre programme WIC. Je demande que les prestations me soient accordées dès aujourd'hui.

---

Conformément à la législation fédérale en matière de droits civils et aux réglementations et politiques en matière de droits civils du département de l'Agriculture des États-Unis (USDA), cette institution n'est en aucun cas autorisée à faire preuve de discrimination fondée sur la race, la couleur de peau, l'origine nationale, le sexe (y compris l'identité de genre et l'orientation sexuelle), le handicap, l'âge ou encore les actes de représailles ou de vengeance en lien avec une activité antérieure en matière de droits civils.

Les informations sur les programmes peuvent être disponibles dans d'autres langues que l'anglais. Les personnes handicapées qui ont besoin d'autres moyens de communication pour obtenir des renseignements sur le programme (p. ex. braille, gros caractères, bande sonore, langue des signes américaine) doivent communiquer avec l'agence étatique ou locale responsable de l'administration du programme ou le Centre TARGET de l'USDA au (202) 720-2600 (voix et TTY) ou contacter l'USDA par l'entremise du Federal Relay Service au (800) 877-8339.

Si vous souhaitez déposer une plainte pour discrimination en lien avec le programme, nous vous invitons à remplir le formulaire AD-3027, Formulaire de plainte pour discrimination en lien avec le programme de l'USDA (Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form), disponible en ligne à l'adresse suivante : <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-french.pdf>, ou auprès de n'importe quel bureau de l'USDA, en appelant le (866) 632-9992, ou par voie postale en adressant une lettre à l'USDA. Il est important de mentionner dans la lettre le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du plaignant, ainsi qu'une description écrite de l'acte discriminatoire allégué suffisamment détaillée pour informer le Secrétaire adjoint aux Droits civils (ASCR) de la nature et de la date d'une infraction présumée aux droits civils.

Le formulaire ou la lettre AD-3027 dûment rempli doit être soumis à l'USDA par :

- (1) voie postale : 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) e-mail : [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Cette institution est un prestataire qui adhère au principe de l'égalité des chances.

Pour d'autres plaintes ou pour demander une audience, veuillez contacter :

- (1) Courrier : WIC Program Director  
NYSDOH, Riverview Center  
150 Broadway, 6th Floor  
Albany, NY 12204; ou
  - (2) Téléphone : (518) 402-7093; télécopieur : (518) 402-7348; ou
  - (3) Courriel : [NYSWIC@HEALTH.NY.GOV](mailto:NYSWIC@HEALTH.NY.GOV)
-