

# Diritti e doveri dei partecipanti al Programma WIC

Ho ricevuto informazioni sui miei diritti e i miei doveri di partecipante al Programma WIC. Prendo atto di avere diritto a:

- Ricevere un trattamento equo e rispettoso da parte del personale WIC e dei dipendenti dei negozi di alimentari.
- Avere la certezza che le informazioni da me fornite al personale WIC vengano mantenute riservate e non vengano comunicate a nessun estraneo al programma WIC senza il mio permesso.
- Ricevere un'educazione alimentare e informazioni sull'assistenza sanitaria e altri servizi utili.
- Utilizzare qualsiasi negozio di alimentari o farmacia dello Stato di New York (NYS) che accettino i buoni WIC.
- Ottenere un pacchetto alimentare rispondente alle mie esigenze nutrizionali, o a quelle dei miei figli.
- Chiedere il trasferimento a un'altra agenzia WIC di zona.
- Ricevere informazioni scritte sulla data e il motivo della sospensione dei sussidi del programma WIC.
- Chiedere un'udienza in contraddittorio se non sono d'accordo con le decisioni sulla mia idoneità.

Per quanto ne so, le informazioni che ho fornito per verificare la mia idoneità al Programma WIC sono corrette. Prendo atto che:

- Il Programma WIC dello Stato di New York può autorizzare la comunicazione di mie informazioni WIC a determinati programmi sanitari ed educativi, come Medicaid, il Programma di assistenza nutrizionale supplementare (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), il Programma di assistenza temporanea per famiglie bisognose (Temporary Assistance to Needy Families, TANF) e il Programma di assistenza all'infanzia (Child Care Assistance Program). Tali informazioni verranno utilizzate dallo Stato, dalle agenzie WIC di zona e dagli enti pubblici ai soli fini della gestione dei loro programmi per l'assistenza di persone idonee al Programma WIC. Tali programmi possono utilizzare queste informazioni per le seguenti finalità: verificare la mia idoneità a partecipare ai programmi, fornirmi informazioni relative ai programmi e facilitare la procedura di domanda, migliorare la mia salute, la mia istruzione o il mio benessere se sono già iscritto/a ai programmi ed avere la certezza che le mie esigenze di assistenza sanitaria siano state soddisfatte.
- Il personale del Programma WIC può verificare la correttezza delle informazioni da me fornite. Può mettersi in contatto con i miei datori di lavoro o con altre fonti per aver informazioni sul mio reddito. Può ottenere le mie dichiarazioni dei redditi dal Dipartimento delle imposte e delle finanze (Department of Taxation and Finance) dello Stato di New York. In caso di decisione positiva circa la mia partecipazione al Programma WIC non chiederà informazioni risalenti a più di 12 mesi prima della domanda. Per verificare se sono state violate delle regole WIC può chiedere informazioni relativamente a qualsiasi periodo in cui ho ricevuto i sussidi WIC.
- Devo comunicare all'agenzia WIC di zona se decido di traslocare, cambiare numero di telefono, eventuali modifiche al reddito di qualsiasi mio familiare o se decido di passare a un'altra agenzia WIC di zona.
- In caso di dichiarazioni false o di omissione deliberata di informazioni per ottenere i sussidi WIC potrei dover rimborsare allo Stato i sussidi ai quali non ho diritto. Potrei anche essere citato/a in tribunale da funzionari dello Stato di New York o da quelli federali.
- Posso iscrivermi a un solo Programma WIC. Confermo che attualmente non sono iscritto/a a nessun altro Programma WIC.
- Gli alimenti del Programma WIC sono destinati al solo membro della famiglia partecipante. In nessun modo mi è consentito vendere, offrire in vendita o regalare i sussidi WIC.
- Se il mio pacchetto alimentare dovesse essere modificato o sospeso per breve tempo lo comunicherò all'agenzia WIC di zona.
- Sono tenuto/a a interagire con il personale WIC e con i commercianti in modo cortese e rispettoso. Prendo atto che potrei incorrere nella sospensione o nell'esclusione dal Programma WIC in caso di minacce o abusi fisici nei confronti del personale WIC o dei commercianti.

Prendo atto che l'agenzia WIC di zona metterà a mia disposizione servizi sanitari e di educazione alimentare e sono stato invitato/a a beneficiarne.

Prendo atto che le norme in materia di idoneità e partecipazione al Programma WIC sono uguali per tutti, indipendentemente da razza, colore, origine nazionale, età, disabilità o sesso.



Department  
of Health

→  
continua

---

## Richiesta di udienza in contraddittorio

Nel caso in cui la sua richiesta di sussidi sia stata respinta o la concessione dei sussidi sospesa, lei ha diritto a chiedere un'udienza in contraddittorio per far valere le sue ragioni di fronte a un giudice. Può chiedere l'udienza entro 60 giorni dal giorno in cui la sua domanda è stata respinta o da quando le è stata comunicata la sospensione dei sussidi. Se non presenta la richiesta entro 60 giorni il suo diritto all'udienza in contraddittorio decade.

Il periodo di certificazione è quello durante il quale avrebbe ricevuto i sussidi WIC. Se l'erogazione dei sussidi viene sospesa a metà del periodo di certificazione e viene chiesta un'udienza entro 15 giorni, i sussidi WIC continuano ad essere erogati fino all'esito dell'udienza o, se precedente, fino alla fine del periodo di certificazione. L'udienza può essere chiesta all'agenzia WIC di zona (il personale presterà l'assistenza necessaria) o al Programma WIC dello Stato di New York ai seguenti recapiti:

Per posta: WIC Program Director NYSDOH, Riverview Center 150 Broadway, 6th Floor Albany, NY 12204	Per telefono: (518) 402-7093; Via telefax: (518) 402-7348; o E-mail: NYSWIC@HEALTH.NY.GOV
--	---

---

## Questa è la dichiarazione di conferma che ho firmato nel sistema informatico prima di ricevere i sussidi WIC:

Ho ricevuto informazioni sui miei diritti e doveri nell'ambito del Programma WIC. Confermo che, per quanto ne so, le informazioni che ho fornito ai fini della determinazione della mia idoneità sono complete e corrette. Le informazioni vengono fornite per poter ricevere i sussidi WIC e prendo atto che i funzionari dell'agenzia WIC statale o di zona possono verificare queste informazioni, anche rivolgendosi ai miei datori di lavoro o ad altre fonti di reddito e/o ottenendo le mie dichiarazioni dei redditi dal Dipartimento delle imposte e delle finanze (Department of Taxation and Finance) dello Stato di New York. Autorizzo espressamente il Dipartimento delle imposte e delle finanze dello Stato di New York a comunicare a tali fini i dati relativi al mio reddito, che potrebbero comprendere alcune informazioni sul mio stato occupazionale riferite al Dipartimento delle imposte e delle finanze dello Stato di New York dai miei datori di lavoro in relazione a informazioni relative al Personale neo-assunto e rapporti salariali (New Hire and Wage Reporting). Prendo inoltre atto che false dichiarazioni intenzionali possono farmi incorrere in procedimenti civili o penali ai sensi delle leggi statali e/o federali. Sono considerate false dichiarazioni intenzionali, senza intento limitativo, falsificare, nascondere od omettere deliberatamente informazioni sul reddito familiare, sulla composizione del nucleo familiare, sui dati medici, sullo status Medicaid e sul luogo di residenza. Prendo inoltre atto che fare dichiarazioni false o fuorvianti, o travisare, nascondere od omettere fatti può comportare la mia esclusione e la richiesta di rimborso del valore in dollari dei sussidi WIC indebitamente ottenuti, indipendentemente dal fatto che intendessi o meno ottenere tali sussidi indebitamente. Infine, prendo atto che posso partecipare a un solo Programma WIC. Con la presente dichiaro di non essere iscritto/a a nessun altro Programma WIC. Chiedo che i sussidi mi vengano erogati oggi stesso.

---

In conformità con la legge federale sui diritti civili e le norme e la disciplina sui diritti civili del Dipartimento dell'Agricoltura degli Stati Uniti d'America (USDA), vige il divieto di discriminazione, per questo ente, sulla base di etnia, colore, nazionalità, sesso (inclusi l'identità di genere e l'orientamento sessuale), invalidità, età, e rappresaglie o ritorsioni per attività pregresse inerenti ai diritti civili.

Le informazioni sul programma saranno rese disponibili in varie lingue oltre all'inglese. Le persone disabili che necessitino di mezzi di comunicazioni alternativi per accedere alle informazioni sul programma (e.g., Braille, grossi caratteri di stampa, audiocassetta, lingua dei segni americana (ASL)), sono pregate di contattare lo Stato o l'Agenzia locale che amministra il programma, o il Centro TARGET USDA al numero (202) 720-2600 (voce e telescriventi DTS), o contattare il Dipartimento USDA tramite il Servizio federale di ritrasmissione *Federal Relay Service* al numero (800) 877-8339.

Per inoltrare un reclamo relativo alla discriminazione del programma, il ricorrente dovrà compilare il Modulo AD-3027, USDA Modulo di reclamo sulla discriminazione del programma, disponibile online all'indirizzo: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-italian.pdf>, presso qualsiasi ufficio USDA, chiamando il numero (866)-632-9992 o inviando una lettera indirizzata a USDA. La lettera dovrà riportare nome completo, indirizzo e numero di telefono del ricorrente unitamente alla descrizione per iscritto del presunto atto discriminatorio, in modo sufficientemente dettagliato da poter fornire informazioni al Segretario Aggiunto per i diritti civili (ASCR) sulla natura e sulla data della presunta violazione dei diritti civili. Inviare il modulo AD-3027 compilato, o la lettera, a USDA ai seguenti recapiti:

- (1) Per posta: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410; o
- (2) Via telefax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) E-mail: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Questo è un ente per le pari opportunità.

Per altri reclami e per richiedere un'udienza in contraddittorio rivolgersi a:

- (1) Per posta: WIC Program Director  
NYSDOH, Riverview Center  
150 Broadway, 6th Floor  
Albany, NY 12204; o
  - (2) Per telefono: (518) 402-7093; via telefax: (518) 402-7348; o
  - (3) E-mail: [NYSWIC@HEALTH.NY.GOV](mailto:NYSWIC@HEALTH.NY.GOV)
-