

# Prawa i obowiązki uczestnika programu WIC

Potwierdzam otrzymanie informacji na temat moich obowiązków jako uczestnika programu WIC. Rozumiem, że przysługują mi następujące prawa:

- Prawo do uczciwego i pełnego szacunku traktowania przez personel programu WIC i pracowników sklepów spożywczych.
- Prawo do zachowania poufności informacji przekazanych przeze mnie personelowi programu WIC. Informacje te nie mogą być przekazywane komukolwiek spoza programu WIC bez mojej zgody.
- Prawo do edukacji w zakresie żywienia i informacji na temat opieki zdrowotnej i innych przydatnych usług.
- Prawo do korzystania z każdego sklepu i każdej apteki w stanie Nowy Jork, które mają zezwolenie na obsługę beneficjentów programu WIC.
- Prawo do otrzymywania paczek żywnościowych dopasowanych do potrzeb żywieniowych moich lub mojego dziecka.
- Prawo do wnioskowania o przeniesienie do innej agencji lokalnej zajmującej się programem WIC.
- Prawo do otrzymania pisemnego powiadomienia o terminie i przyczynie zakończenia otrzymywania świadczeń w ramach programu WIC.
- Prawo do wnioskowania o bezstronne przesłuchanie w przypadku niez zaakceptowania przeze mnie decyzji o dopuszczeniu do udziału w programie.

Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w celu sprawdzenia, czy spełniam kryteria programu WIC, są poprawne zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Rozumiem, że:

- Biuro programu WIC w stanie Nowy Jork może zezwolić na udostępnianie moich informacji dotyczących udziału w programie WIC na potrzeby określonych programów zdrowotnych i edukacyjnych, takich jak Medicaid, Program uzupełniającej pomocy żywieniowej (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), Program pomocy tymczasowej potrzebującym rodzinom (Temporary Assistance to Needy Families, TANF) i Program pomocy w opiece nad dziećmi (Child Care Assistance Program). Informacje te będą wykorzystywane przez stanowe i lokalne agencje zarządzające programem WIC oraz organizacje publiczne wyłącznie w ramach administrowania odpowiednimi programami, z których korzystają osoby spełniające kryteria programu WIC. Agencje zarządzające tymi programami mogą wykorzystywać te informacje w następujących celach: ustalenie, czy spełniam kryteria programów; przekazanie mi informacji o tych programach i ułatwienie procesu składania wniosków; poprawa mojego stanu zdrowia, wiedzy lub dobrostanu, jeśli uczestniczę już w ich programach; zaspokojenie moich potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej.
- Personel programu WIC może sprawdzić podane przeze mnie informacje w celu weryfikacji ich poprawności. Może w związku z tym kontaktować się z moimi pracodawcami lub innymi podmiotami będącymi źródłami moich dochodów. Może również uzyskać moje informacje podatkowe z Departamentu Podatków i Finansów (Department of Taxation and Finance) Stanu Nowy Jork. Podczas podejmowania decyzji o dopuszczeniu mnie do udziału w programie WIC personel nie będzie domagać się informacji starszych niż 12 miesięcy przed złożeniem wniosku. W przypadku kontroli pod kątem złamania zasad programu WIC personel może poprosić o informacje dotyczące dowolnego okresu pobierania przeze mnie świadczeń WIC.
- Muszę powiadomić lokalną agencję zarządzającą programem WIC, jeśli będę planować przeprowadzkę, zmieni się mój numer telefonu, zmieni się poziom dochodów dowolnego członka mojego gospodarstwa domowego lub gdy zechcę przenieść się do innej agencji.
- W przypadku podania przeze mnie nieprawdziwych informacji lub zatajenia informacji w celu uzyskania świadczeń WIC może zostać na mnie nałożony obowiązek zwrotu niesłusznie przyznanych świadczeń do kasy stanu. Stan Nowy Jork lub urzędnicy federalni mogą również pozwać mnie do sądu.
- Przysługuje mi rejestracja w tylko jednym programie WIC. Potwierdzam, że obecnie nie jestem zarejestrowany(-a) w żadnym innym programie WIC.
- Żywność otrzymana w ramach programu WIC jest przeznaczona wyłącznie dla zarejestrowanego członka rodziny. Nie mogę w żaden sposób sprzedawać, oferować sprzedaży ani rozdawać świadczeń WIC.
- Jeśli konieczna będzie zmiana zawartości lub tymczasowe wstrzymanie wydawania paczek żywnościowych, mam o tym powiadomić telefonicznie lokalną agencję zarządzającą programem WIC.
- Moim obowiązkiem jest traktowanie personelu programu WIC i pracowników sklepów z uprzejmością i szacunkiem. W przypadku stosowania przeze mnie gróźb lub przemocy fizycznej wobec personelu programu WIC albo pracowników sklepów może mnie spotkać zawieszenie w prawach uczestnika programu WIC lub nawet dyskwalifikacja.

Przyjmuję do wiadomości, że lokalna agencja zarządzająca programem WIC umożliwi mi dostęp do usług zdrowotnych i edukacji w zakresie żywienia oraz że zachęca się mnie do skorzystania z tych usług.

Przyjmuję do wiadomości, że zasady kwalifikacji i uczestnictwa w programie WIC są takie same dla wszystkich — bez względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, wiek, stopień niepełnosprawności czy płeć.



Department  
of Health

cd. →

---

## Wnioskowanie o bezstronne przesłuchanie

Jeśli Twój wniosek o świadczenia został odrzucony lub wydawanie świadczeń zostało wstrzymane, przysługuje Ci prawo do bezstronnego przesłuchania. Bezstronne przesłuchanie to szansa na przedstawienie urzędnikowi argumentów, które Twoim zdaniem podważają trafność wydanej decyzji. Wniosek o przesłuchanie należy złożyć w ciągu 60 dni od odrzucenia wniosku o świadczenia lub otrzymania informacji o wstrzymaniu wydawania świadczeń. Jeśli nie złożysz wniosku w ciągu 60 dni, stracisz możliwość przedstawienia swoich racji w ramach bezstronnego przesłuchania.

Czas zamierzonego pobierania przez Ciebie świadczeń w ramach programu WIC jest nazywany okresem certyfikacji. Jeśli wydawanie świadczeń zostanie wstrzymane w trakcie trwania okresu certyfikacji i w ciągu 15 dni złożysz wniosek o przesłuchanie, będziesz nadal otrzymywać świadczenia WIC do czasu ogłoszenia decyzji będącej wynikiem przesłuchania lub do końca okresu certyfikacji (w zależności od tego, co nastąpi wcześniej). Wniosek o przesłuchanie możesz złożyć w lokalnej agencji zarządzającej programem WIC (personel udzieli Ci pomocy) lub kontaktując się z zespołem programu NYS WIC:

poczta: WIC Program Director	telefon: (518) 402-7093;
NYSDOH, Riverview Center	faks: (518) 402-7348; lub
150 Broadway, 6th Floor	e-mail: NYSWIC@HEALTH.NY.GOV
Albany, NY 12204	

---

## Poniżej znajduje się oświadczenie podpisane przeze mnie w systemie komputerowym przed otrzymaniem świadczeń WIC:

Oświadczam, że poinformowano mnie o moich prawach i obowiązkach wynikających z uczestnictwa w programie WIC. Niniejszym zaświadczam, że informacje podane przeze mnie w celu ustalenia, czy spełniam kryteria programu, są kompletne i poprawne zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Informacje te zostały przekazane w celu uzyskania świadczeń WIC i zdaję sobie sprawę, że urzędnicy agencji stanowej lub lokalnej, która zarządza programem WIC, mogą je zweryfikować, jeśli zajdzie taka potrzeba, kontaktując się z pracodawcami lub innymi podmiotami będącymi źródłami moich dochodów bądź uzyskując moje informacje podatkowe z Departamentu Podatków i Finansów Stanu Nowy Jork. W związku z tym udzielam wyraźnego zezwolenia na ujawnienie moich informacji podatkowych przez Departament Podatków i Finansów Stanu Nowy Jork. Mogą to być określone informacje o zatrudnieniu przekazane Departamentowi Podatków i Finansów Stanu Nowy Jork przez pracodawców w związku z zatrudnieniem w nowym miejscu pracy i sprawozdawczością dotyczącą wynagrodzeń (New Hire and Wage Reporting). Rozumiem również, że składanie nieprawdziwych oświadczeń może być przyczyną wszczęcia postępowania cywilnego lub karnego na mocy prawa stanowego i/lub federalnego. Składanie nieprawdziwych oświadczeń obejmuje między innymi celowe fałszowanie, zatajanie lub pomijanie dochodów gospodarstwa domowego, wielkości gospodarstwa domowego, danych medycznych, statusu uczestnictwa w programie Medicaid i miejsca zamieszkania. Rozumiem również, że złożenie fałszywego lub wprowadzającego w błąd oświadczenia oraz przeinaczanie, zatajanie lub pomijanie faktów może skutkować moją dyskwalifikacją i koniecznością zwrotu wartości pieniężnej nienależnie pobranych świadczeń WIC, bez względu na to, czy uzyskanie ich w niewłaściwy sposób było celowe. Ponadto rozumiem, że przysługuje mi rejestracja w tylko jednym programie WIC. Niniejszym zaświadczam, że obecnie nie jestem zarejestrowany(-a) w żadnym innym programie WIC. Wnoszę o rozpoczęcie wydawania należnych mi świadczeń, począwszy od bieżącej daty.

---

Zgodnie z federalnym prawem obywatelskim oraz regulaminem i polityką związaną z prawami obywatelskimi w Departamencie Rolnictwa Stanów Zjednoczonych (USDA), w instytucji tej zabroniona jest dyskryminacja z powodu rasy, koloru skóry, pochodzenia, płci (w tym tożsamości płciowej i seksualnej orientacji), niepełnosprawności, wieku, jak i represja i akcje odwetowe za poprzednie czynności związane z prawami obywatelskimi.

Informacje o programie mogą być dostępne w językach innych niż angielski. Osoby niepełnosprawne, które wymagają innych metod komunikacji w celu uzyskania informacji o programie (n.p. język Braille, duża czcionka, taśma audio, amerykański język migowy), powinny skontaktować się ze odpowiednią stanową lub lokalną agencją, która prowadzi program lub z USDA's TARGET Center pod numerem (202) 720-2600 (głosowy oraz TTY) lub skontaktować się z USDA poprzez telekomunikacyjną usługę przekazywania (Federal Relay Service) pod numerem (800) 877-8339.

W celu złożenia skargi dotyczącej dyskryminacji w programie, osoba skarżąca się powinna wypełnić formularz AD-3027, Formularz skargi na dyskryminację w programie USDA, który można uzyskać na stronie internetowej pod adresem:

<https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-polish.pdf>, w każdym biurze USDA, lub telefonicznie dzwoniąc pod numer (866)-632-9992, lub też wysyłając list do USDA. List musi zawierać imię i nazwisko skarżącego się, adres, numer telefonu oraz pisemny opis domniemanej czynności dyskryminującej, podając asystentowi sekretarza do spraw praw człowieka (ASCR) wystarczające informacje zawierające naturę i datę domniemanej dyskryminacji praw człowieka. Wypełniony formularz AD-3027 lub list musi zostać złożony do USDA w jeden z następujących sposobów:

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

Instytucja przestrzega zasady równych szans.

Aby złożyć skargę innego rodzaju lub wniosek o bezstronne przesłuchanie, skontaktuj się z nami, korzystając z poniższych metod:

- (1) poczta: WIC Program Director  
NYSDOH, Riverview Center  
150 Broadway, 6th Floor  
Albany, NY 12204; lub
  - (2) telefon: (518) 402-7093; faks: (518) 402-7348; lub
  - (3) e-mail: [NYSWIC@HEALTH.NY.GOV](mailto:NYSWIC@HEALTH.NY.GOV)
-