

حقوق و مسئولیت‌های شرکت کننده WIC

من اطلاعاتی در مورد حقوق و مسئولیت‌های خود به عنوان یک شرکت کننده WIC دریافت کرده‌ام. من می‌دانم که من حق دارم:

- کارکنان WIC و کارمندان فروشگاه‌های مواد غذایی برخورد منصفانه و محترمانه‌ای با من داشته باشند.
- اطلاعاتی که به کارکنان WIC داده‌ام خصوصی بماند. بدون اجازه من برای هیچکس خارج از برنامه WIC منتشر نشود.
- آموزش تغذیه و اطلاعات در مورد مراقبت‌های بهداشتی و سایر خدمات مفید دریافت کنم.
- از هر خواربار فروشی یا داروخانه‌ای در ایالت نیویورک (NYS) که مجاز به پذیرش WIC است استفاده کنم.
- یک بسته غذایی که نیازهای غذایی من یا فرزندم را برآورده کند، دریافت کنم.
- درخواست انتقال به یکی دیگر از آژانس‌های محلی WIC داشته باشم.
- به صورت کتبی به من گفته شود که چه زمانی و چرا مزایای برنامه WIC من پایان می‌یابد.
- اگر با تصمیمات مربوط به صلاحیت خود موافق نیستم، درخواست دادرسی عادلانه کنم.

اطلاعاتی که داده‌ام تا بینم آیا واجد شرایط برنامه WIC هستم، تا آنجا که می‌دانم درست است. می‌فهمم، متوجه هستم، درک می‌کنم که:

- برنامه WIC ایالت نیویورک ممکن است اجازه به اشتراک‌گذاری اطلاعات WIC من را با برنامه‌های بهداشتی و آموزشی خاص مانند Medicaid، برنامه کمکی تغذیه تکمیلی (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)، کمک موقت به خانواده‌های نیازمند (Temporary Assistance to Needy Families, TANF) و برنامه کمک مراقبت از کودک بدهد (Child Care Assistance Program). این اطلاعات توسط سازمان‌های دولتی و محلی WIC و سازمان‌های عمومی فقط در اجرای برنامه‌هایشان استفاده می‌شود که به افراد واجد شرایط برای برنامه WIC خدمات‌رسانی می‌کنند. این برنامه‌ها ممکن است از این اطلاعات برای اهداف زیر استفاده کنند: برای تعیین واجد شرایط بودن من برای برنامه‌هایشان. برای ارائه اطلاعات در مورد آن برنامه‌ها و تسهیل فرآیند درخواست؛ اگر قبلاً در برنامه‌های آنها ثبت‌نام کرده‌ام، برای بهبود سلامت، تحصیل یا رفاه من؛ و برای اینکه مطمئن شوند که نیازهای بهداشتی من برآورده شده است.

- کارکنان برنامه WIC ممکن است اطلاعاتی را که به آنها داده‌ام بررسی کنند تا ببینند که درست است یا خیر. آنها ممکن است درخصوص درآمد من با رؤسای من یا منابع دیگر تماس بگیرند. آنها ممکن است سوابق مالیاتی من را از اداره مالیات و دارایی (Department of Taxation and Finance) دریافت کنند. هنگام تصمیم‌گیری در مورد اینکه آیا می‌توانم در WIC شرکت کنم یا خیر، آنها بیش از 12 ماه قبل از درخواست من اطلاعاتی را درخواست نمی‌کنند. اگر آنها به دنبال این باشند که ببینند آیا قوانین WIC نقض شده است یا خیر، ممکن است اطلاعاتی را برای هر دوره‌ای که طی آن مزایای WIC دریافت کرده‌ام درخواست کنند.
- اگر قصد نقل مکان، تغییر شماره تلفنم، تغییر درآمد هر یک از اعضای خانواده‌ام، یا اگر بخواهم به آژانس محلی WIC دیگری منتقل شوم، باید به آژانس محلی خود اطلاع دهم.

- اگر حقیقت را نگویم یا اگر عمداً اطلاعاتی را برای دریافت مزایای WIC پنهان کنم، ممکن است مجبور شوم مزایایی را که واجد شرایط آن نبودم به دولت پس بدهم. همچنین ممکن است توسط مقامات ایالتی نیویورک یا فدرال به دادگاه کشیده شوم.
- من می‌توانم فقط در یک برنامه WIC ثبت‌نام کنم. تأیید می‌کنم که در حال حاضر در هیچ برنامه WIC دیگری ثبت‌نام نکرده‌ام.
- غذاهای WIC فقط برای اعضای خانواده ثبت‌نام شده است. من نمی‌توانم به هیچ وجه مزایای WIC را بفروشم، یا پیشنهاد فروش بدهم.
- اگر بسته غذایی من نیاز به تعویض یا توقف برای مدت کوتاهی داشته باشد، با آژانس محلی WIC خود تماس خواهم گرفت.
- مسئولیت من این است که با کارکنان WIC و کارمندان خرده‌فروشی با ادب و احترام رفتار کنم. من درک می‌کنم که ممکن است به دلیل تهدید یا درگیر شدن در آزار فیزیکی کارکنان WIC یا کارمندان خرده‌فروشی از برنامه WIC تعلیق یا محروم شوم.

من می‌دانم که آژانس محلی WIC خدمات بهداشتی و آموزش تغذیه را در دسترس من قرار می‌دهد و من تشویق می‌شوم در این خدمات شرکت کنم.

من می‌دانم که قوانین واجد شرایط بودن و شرکت در برنامه WIC برای همه، صرفنظر از نژاد، رنگ، منشاء ملی، سن، معلولیت یا جنسیت یکسان است.

← ادامه



Department
of Health

درخواست دادرسی عادلانه

اگر درخواست شما برای مزایای رد شد یا مزایای شما متوقف شد، شما حق دادرسی عادلانه دارید. دادرسی منصفانه فرصتی برای شماست تا به قاضی بگویید چرا فکر می‌کنید تصمیم اشتباه است. شما باید ظرف 60 روز از زمانی که درخواست شما رد شد یا زمانی که به شما گفته شد مزایای شما متوقف می‌شود، درخواست رسیدگی کنید. اگر ظرف 60 روز درخواست نکنید، شانس رسیدگی عادلانه را از دست خواهید داد.

دوره صدور گواهینامه مدت زمانی است که قرار است از مزایای WIC بهره‌مند شوید. اگر مزایای شما در اواسط دوره صدور گواهینامه متوقف شود و ظرف 15 روز درخواست دادرسی کنید، مزایای WIC شما تا زمانی که نتیجه دادرسی مشخص شود یا تا پایان دوره صدور گواهینامه، هر کدام که اول اتفاق بیفتد، ادامه خواهد داشت. از آژانس محلی WIC درخواست دادرسی کنید (کارکنان به شما کمک خواهند کرد) یا با برنامه NYS WIC تماس بگیرید:

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

تلفن: (518) 402-7093
نمبر: (518) 402-7348
ایمیل: NYSWIC@HEALTH.NY.GOV

این بیانیه گواهی می‌دهد که من قبل از دریافت مزایای WIC خود در سیستم کامپیوتری امضا کردم:

حقوق و تعهداتم تحت برنامه WIC به من اطلاع داده شده است. من گواهی می‌دهم که اطلاعاتی که برای تعیین صلاحیت خود ارائه کرده‌ام، تا جایی که می‌دانم کامل و صحیح است. این اطلاعات به منظور دریافت مزایای WIC ارائه شده است و من می‌دانم که مقامات آژانس ایالتی یا محلی WIC ممکن است این اطلاعات را در صورت نیاز از طریق تماس با کارفرماها یا سایر منابع برای درآمد من و/یا با گرفتن سوابق مالیاتی من از اداره مالیات و دارایی NYS بررسی کنند. من به طور خاص مجوز انتشار سوابق مالیاتی خود را از اداره مالیات و دارایی NYS برای این منظور می‌دهم، که ممکن است شامل اطلاعات شغلی خاصی باشد که توسط کارفرمایان در رابطه با اطلاعات گزارش‌دهی استخدام جدید و دستمزد به وزارت امور مالیاتی و دارایی نیویورک داده شده است. همچنین می‌دانم که اظهارات نادرست عمدی ممکن است من را تحت پیگرد قانونی مدنی یا کیفری تحت قوانین ایالتی و/یا فدرال قرار دهد. اظهارات نادرست عمدی شامل جعل عمدی، پنهان کردن یا حذف درآمد خانوار، اندازه خانوار، داده‌های پزشکی، وضعیت Medicaid و محل سکونت است، اما محدود به آن نمی‌شود. همچنین می‌دانم که ارائه یک بیانیه نادرست یا گمراه‌کننده یا ارائه نادرست، پنهان کردن یا حذف حقایق ممکن است منجر به رد صلاحیت من شود و ممکن است مستلزم بازپرداخت ارزش دلاری مزایای WIC باشد که به اشتباه به دست آورده‌ام، صرف‌نظر از اینکه قصد داشتم به‌طور نادرست مزایا را دریافت کنم یا نه. در نهایت، می‌دانم که ممکن است فقط در یک برنامه WIC ثبت‌نام کنم. بدینوسیله گواهی می‌دهم که در حال حاضر در هیچ برنامه WIC دیگری ثبت نام نکرده‌ام. من درخواست می‌کنم که مزایا امروز برای من صادر شود.

مطابق با قانون حقوق مدنی فدرال و مقررات و سیاست‌های حقوق مدنی وزارت کشاورزی ایالات متحده (USDA)، این موسسه از اعمال تبعیض بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، جنسیت (شامل هویت جنسی و گرایش جنسی)، معلولیت، سن، و انتقامجویی یا تلافیجویی بابت فعالیت‌های قبلی حقوق مدنی منع شده است. اطلاعات برنامه ممکن است به زبانهایی غیر از انگلیسی در دسترس باشد. افراد دارای معلولیت که برای کسب اطلاعات برنامه نیاز به ابزارهای ارتباطی جایگزین (مانند خط بریل، مطالب چاپی بزرگ، نوار صوتی، زبان اشاره آمریکایی) دارند، باید با ایالت یا سازمان محلی مسئول که برنامه را اجرا میکند یا مرکز TARGET در USDA به شماره (202) 720-2600 (صوتی و TTY) تماس بگیرند یا از طریق سرویس رله فدرال به شماره (800) 877-8339 با USDA ارتباط برقرار کنند. برای ثبت شکایت مربوط به تبعیض در برنامه، شاکی باید فرم AD-3027، فرم شکایت مربوط به تبعیض در برنامه USDA را تکمیل کند که می‌توانید آن را به صورت آنلاین در آدرس: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-farsi.pdf>، از هر یک از دفاتر USDA، با تماس با شماره (866) 632-9992، یا با نوشتن نامه‌های خطاب به USDA دریافت کنید. نامه باید حاوی نام، آدرس، شماره تلفن شاکی و شرح کتبی از اقدام تبعیض‌آمیز مورد ادعا و جزئیات کافی برای اطلاع‌رسانی به دستیار وزیر حقوق مدنی (ASCR) در مورد ماهیت و تاریخ نقض حقوق مدنی مورد ادعا باشد. باید فرم AD-3027 تکمیل شود و با نامه به USDA ارسال شود:

(1) به صورت پستی: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

(2) نمابر: (833) 256-1665 یا (202) 690-7442؛ یا

(3) ایمیل: program.intake@usda.gov

این موسسه، ارای هکننده فرصتهای برابر است.

برای سایر شکایات یا درخواست دادرسی عادلانه با ما تماس بگیرید:

(1) آدرس پستی: WIC Program Director
NYSDOH, Riverview Center
150 Broadway, 6th Floor
Albany, NY 12204

(2) تلفن: (518) 402-7093؛ فکس (518) 402-7348؛ یا

(3) ایمیل: NYSWIC@HEALTH.NY.GOV