

# Знайте свои права и обязанности

---

## Ваши права

### Справедливое отношение

- Стандарты соответствия критериям участника и участия в программе WIC одинаковы для всех, независимо от расовой принадлежности, цвета кожи, национальности, возраста, физических недостатков или пола.
- Если будет сделано заключение о вашем несоответствии критериям участника программы WIC, вы получите письменное объяснение причин такого заключения и вас проинформируют о вашем праве на справедливое слушание.

### Вы получите

- Льготы по программе WIC, которые вы сможете использовать для дополнения вашего месячного продовольственного бюджета здоровой пищей.
- Полезные подсказки по составлению питательного рациона и грудному вскармливанию.
- Информация о других доступных услугах по здравоохранению (таких, как медицинская помощь и прививки), в том числе о пунктах предоставления данных услуг.
- Поощрение лиц, пользующихся данными подсказками и услугами.

## Ваши обязанности

### Покупайте одобренные WIC продукты питания.

- Важно пользоваться вашим льготами WIC ежемесячно.
- Пользуйтесь вашими льготами WIC в одобренных WIC продовольственных магазинах.
- Всякий раз, посещая продовольственные магазины, чтобы купить продукты, предоставляемые через программу WIC, имейте при себе карточку программы WIC.
- Используйте ваши льготы WIC только для покупки одобренных WIC продуктов питания.
- Используйте продукты только для питания участвующего в программе лица.

### Соблюдайте вежливость

- Приходите на прием, на который вы записались в рамках программы WIC, или заблаговременно звоните, если вам нужно перенести прием.
- Всегда приносите на прием, организованный в рамках программы WIC, все запрашиваемые документы.
- Обращайтесь с сотрудниками программы WIC и персоналом продовольственных магазинов вежливо и с уважением.
- Не угрожайте и не допускайте физического насилия в отношении лиц, находящихся в отделении WIC, и персонала продовольственных магазинов.

### Будьте честны

- Предоставляйте актуальную и достоверную информацию сотрудникам программы WIC для определения вашего права на участие в программе.
- Оперативно сообщайте о любых изменениях в вашем доходе, в составе семьи, адресе проживания и/или номере телефона.
- Сообщайте о любых изменениях в вашем праве пользования программами MediCal, CaWORKS (TANF) или CalFresh.
- Не продавайте, не торгуйте и не пытайтесь продать или торговать вашими льготами по программе WIC, продуктами, детским питанием как лично, так и с помощью печатных средств и интернета. За нарушения подобного рода вас могут дисквалифицировать.

### Я понимаю, что...

- Данная форма подтверждения подается в связи с получением помощи от федерального правительства. Сотрудники программы вправе проверить предоставленную информацию. Я понимаю, что преднамеренная подача ложных или вводящих в заблуждение сведений, а также намеренное искажение, сокрытие или умалчивание фактов может привести к выплате в денежной форме учреждению штата стоимости продуктов, ненадлежащим образом предоставленных мне, а также к гражданской или уголовной ответственности в соответствии с законами штата и федеральными законами.
- Двойное участие (одновременное получение льгот более чем в одном отделении программы WIC) является незаконным и может привести к дисквалификации из программы WIC.

- Если мне сообщат, что я не соответствую критериям участия в программе WIC, мне в письменном виде сообщат причину.
- Я могу обжаловать любые решения местного отделения программы WIC относительно моего права на участие в программе.
- Я получу уведомление за 15 дней в случае, если срок действия моей сертификации близится к завершению или если меня собираются исключить из программы.
- Если я прошу другого человека заменить меня в деятельности, связанной с программой WIC, я объясню ему данные права и обязанности.
- Если я планирую переехать, я могу переоформить мои льготы по программе WIC для их получения в другом месте и мое местное отделение WIC сможет помочь мне с оформлением документации.

## В программе WIC не допускается дискриминация

В соответствии с федеральным законом и положениями и правилами Министерства сельского хозяйства США (USDA) в области гражданских прав USDA, его агентствам, офисам и сотрудникам, а также учреждениям, участвующим в программах USDA или управляющим ими, запрещены дискриминация по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, инвалидности, возраста, а также репрессалии или возмездие за прошлую деятельность в области гражданских прав в любой программе или мероприятии, осуществляемых или финансируемых USDA.

Лицам с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства связи для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиокассеты, американский язык жестов и т.д.), следует связаться с агентством (штатным или местным), в которое они обращались за льготами. Глухие, слабослышащие или лица с нарушениями речи могут связаться с USDA с помощью Федеральной службы коммутируемых сообщений по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть доступна на других языках.

Чтобы подать жалобу о дискриминации в программе, заполните Форму жалобы о дискриминации в программе USDA (AD-3027), которая доступна в интернете по адресу <https://www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer> и в любом офисе USDA, или напишите письмо, адресованное USDA, указав в письме всю информацию, запрашиваемую в форме. Чтобы запросить копию бланка жалобы, позвоните по телефону (866) 632-9992. Отправьте заполненную форму или письмо в USDA:

(1) по почте:

**U.S. Department of Agriculture,  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW,  
Washington, D.C. 20250-9410;**

(2) по факсу: **(202) 690-7442** или

(3) по электронной почте: **program.intake@usda.gov.**

Данное учреждение обеспечивает равенство возможностей.

**Я полностью ознакомился (-ась) с данным документом. Мне сообщили о моих правах и обязанностях по программе. Я получил (-а) ответы на все интересовавшие меня вопросы (если таковые были). Я подтверждаю, что информация, предоставленная мною, является точной и достоверной, насколько мне это известно.**

\_\_\_\_\_  
Подпись представителя семьи/лица, осуществляющего уход

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
[Family ID]

### Staff Use Only:

Local agency staff has reviewed the *Know Your Rights and Responsibilities* form with the family representative/caretaker, and any and all questions have been answered to their satisfaction.