

Обязанности:

- Я предоставил(-а) информацию о своих текущих доходах клинике WIC и обязуюсь уведомить клинику WIC в случае их изменения.
- Я знаю, что явка на прием к врачу в рамках программы WIC является обязательной. Я обязуюсь позвонить заранее и перенести прием, если не смогу присутствовать на нем.
- Я знаю, что меня могут исключить из программы, если я не обращусь в свою клинику WIC в течение двух месяцев после истечения срока действия моих льгот на питание.
- Я обязуюсь всегда уважительно относиться к персоналу клиники и сотрудникам магазина.
- Я знаю, что попытки воспользоваться льготами в более чем в одной клинике WIC одновременно являются противозаконными.
- Я обязуюсь не продавать мою карту eWIC или продуктивное пособие, полученное по программе WIC, а также не предпринимать подобных попыток. Я обязуюсь не продавать мою карту eWIC или продуктивное пособие, заявляя о его утере или краже, а также не предпринимать подобных попыток.
- В случае предоставления неверной информации или злоупотребления льготами программы WIC меня могут исключить из программы и/или я должна буду возместить стоимость незаконно полученных льгот.
- Я несу ответственность за то, чтобы все, кто совершает покупки с моей картой eWIC, придерживались тех же правил и обязательств.

Как участнику программы WIC:

- Мне известно, что местное учреждение WIC предоставляет медицинские услуги, обучение по вопросам питания и поддержку при грудном вскармливании, и мое участие в этих мероприятиях поощряется.
- Мне предложили подать заявку на регистрацию для голосования.
- Мне известно, что сотрудники Департамента здравоохранения и охраны окружающей среды Колорадо (CDPHE) имеют доступ к моему личному делу.
- Персонал WIC спросил мое согласие на раскрытие информации моему поставщику медицинских услуг. Эта информация записывается в ходе собеседования по вопросам питания и хранится в базе данных WIC. Мое согласие или отказ не влияют на мое право участия в программе WIC.
- Я понимаю, что исполнительный директор CDPHE может разрешить передачу моей информации относительно участия в программе WIC в специальные программы по охране здоровья и образованию. Такая информация будет использоваться местными учреждениями WIC и главным офисом программы в штате Колорадо, а также общественными организациями исключительно с целью организации работы таких программ в интересах лиц, имеющих право на участие в WIC. Вышеупомянутые программы могут использовать мою информацию для следующих целей: определить мое право на участие таких программах; предоставить информацию об этих программах и облегчить процесс подачи заявки; если я уже являюсь участником программы – улучшить мое состояние здоровья, повысить уровень осведомленности или благополучия; обеспечить удовлетворение моих потребностей в сфере здравоохранения.
- Я прочитал(-а) или был(-а) проинформирован(-а) о моих правах и обязанностях. Я предоставил достоверную информацию о моем праве на участие в данной федеральной программе. Сотрудники программы могут проверять достоверность предоставленной мной информации. Я знаю, что если я предоставляю недостоверную информацию или скрываю факты, чтобы получить продукты питания по программе WIC, на которые я не имею права, мне, возможно, потребуется возместить денежную стоимость этих продуктов, и нести гражданско-правовую или уголовную ответственность в соответствии с законодательством штата и федеральным законодательством.

Права:

- Я понимаю, что требования для получения права участия в программе WIC одинаковы для всех, независимо от расовой принадлежности, цвета кожи, национальной принадлежности, пола, наличия инвалидности и возраста.
- Если я не согласен с решением, которое влияет на мое право участия в программе WIC или получение льгот, у меня есть 60 дней с даты уведомления, чтобы подать апелляцию и запросить справедливое разбирательство. Инструкции по подаче запроса на проведение справедливого слушания доступны в этом офисе программы WIC или на официальном сайте WIC штата Колорадо: <http://www.ColoradoWIC.com>
- Я могу подать жалобу, если считаю, что ко мне отнеслись несправедливо.

В соответствии с Федеральным законом о гражданских правах, а также с положениями и правилами о гражданских правах Министерства сельского хозяйства США (USDA), в Министерстве сельского хозяйства США, его учреждениях, офисах, его сотрудникам, а также сотрудникам учреждений, участвующим в программах или управляющим программами USDA, запрещена дискриминация по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, недееспособности, возраста; также запрещена месть за ранее осуществляемые правозащитные действия в рамках любой программы или вида деятельности, осуществляемой или финансируемой 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 обратиться в ведомство (штата или местное), в котором они оформляли льготы. Лица с нарушениями слуха или речи могут обратиться в USDA через Федеральную службу коммутируемых сообщений по номеру (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть предоставлена не только на английском, но и на других языках.

Чтобы подать жалобу о дискриминации в программу, заполните [бланк жалобы о дискриминации в программе USDA \(USDA Program Discrimination Complaint Form\)](#) (AD-3027), доступный по ссылке: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint> а также в любом офисе USDA, или напишите в USDA письмо с указанием всей информации, требуемой в бланке. 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) на эл. почту: program.intake@usda.gov.

Данное учреждение предоставляет всем равные права.