

Family ID Number: _____ Participant Name(s): _____

Droits et responsabilités relatifs au WIC

Nous voulons nous assurer que vous comprenez bien les droits et les responsabilités d'un participant au WIC. Les droits et responsabilités relatifs au WIC s'appliquent également si vous recevez des avantages du Farmers' Market Nutrition Program (Programme de nutrition des marchés de producteurs, FMNP) du WIC. Les droits et responsabilités du FMNP comprennent notamment un traitement respectueux et courtois de la part des vendeurs du FMNP et l'utilisation des avantages de marché de producteurs conformément aux instructions du personnel du WIC.

Mes droits

- **Aliments WIC** : Si je suis admissible au WIC, je recevrai une carte eWIC destinée à l'achat d'aliments sains. WIC fournit une partie, mais pas la totalité, des aliments/préparation pour nourrissons dont chaque participant a besoin.
- **Informations nutritionnelles** : Je recevrai des informations sur une alimentation saine et une vie active.
- **Soutien à l'allaitement** : Le WIC m'aidera et me soutiendra pour l'allaitement.
- **Renseignements sur les soins de santé** : Je recevrai des renseignements sur les vaccins, où obtenir des soins de santé et d'autres services qui pourraient m'intéresser.
- **Traitement équitable** : Les règles d'accès au WIC sont les mêmes pour tous. Je peux demander une audience impartiale si on me dit que je ne peux pas être au WIC et que je ne suis pas d'accord.
- **Simple courtoisie** : WIC et le personnel du magasin me traiteront avec courtoisie et respect. Je peux signaler au personnel du WIC si je ne suis pas traité avec respect.
- **Transfert d'informations** : Je peux transférer mes renseignements WIC à une autre clinique ou un autre État. Je peux demander un document de transfert.
- **Le programme de nutrition WIC ne fait pas de discrimination** :

Conformément à la législation fédérale en matière de droits civils et aux réglementations et politiques en matière de droits civils du département de l'Agriculture des États-Unis (USDA), cette institution n'est en aucun cas autorisée à faire preuve de discrimination fondée sur la race, la couleur de peau, l'origine nationale, le sexe (y compris l'identité de genre et l'orientation sexuelle), le handicap, l'âge ou encore les actes de représailles ou de vengeance en lien avec une activité antérieure en matière de droits civils.

Les informations sur les programmes peuvent être disponibles dans d'autres langues que l'anglais. Les personnes handicapées qui ont besoin d'autres moyens de communication pour obtenir des renseignements sur le programme (p. ex. braille, gros caractères, bande sonore, langue des signes américaine) doivent communiquer avec l'agence étatique ou locale responsable de l'administration du programme ou le Centre TARGET de l'USDA au (202) 720-2600 (voix et TTY) ou contacter l'USDA par l'entremise du Federal Relay Service au (800) 877-8339.

Si vous souhaitez déposer une plainte pour discrimination en lien avec le programme, nous vous invitons à remplir le formulaire AD-3027, Formulaire de plainte pour discrimination en lien avec le programme de l'USDA (Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form), disponible en ligne à l'adresse suivante : <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-french.pdf>, ou auprès de n'importe quel bureau de l'USDA, en appelant le (866) 632-9992, ou par voie postale en adressant une lettre à l'USDA. Il est important de mentionner dans la lettre le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du plaignant, ainsi qu'une description écrite de l'acte discriminatoire allégué suffisamment détaillée pour informer le Secrétaire adjoint aux Droits civils (ASCR) de la nature et de la date d'une infraction présumée aux droits civils. Le formulaire ou la lettre AD-3027 dûment rempli doit être soumis à l'USDA par :

- (1) **voie postale :**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410 ; ou
- (2) **fax :**
(833) 256-1665 ou (202) 690-7442 ; ou
- (3) **e-mail :**
program.intake@usda.gov

Cette institution est un prestataire qui adhère au principe de l'égalité des chances.

Partage des informations

Vos informations peuvent être partagées :

- avec d'autres programmes WIC en cas de transfert.
- **avec d'autres programmes publics qui peuvent vous aider. Vous pouvez demander à voir une liste de ces programmes.**
- comme l'exige la loi.

Mes responsabilités

J'accepte de donner des informations vraies et complètes sur :

- mon identité, mon état de grossesse, mon état d'allaitement, mon adresse et mon numéro de téléphone.
- le revenu de mon ménage.
- le nombre de personnes vivant dans mon ménage.
- le fait de bénéficier de Medicaid, FoodShare (coupons alimentaires), TANF (Temporary Assistance to Needy Families) ou du FDPIR (Food Distribution Program on Indian Reservations).

J'accepte de suivre les règles ci-dessous. Je m'engage à :

- ne bénéficier que d'une seule clinique WIC par mois.
- signaler la perte ou le vol de ma carte eWIC ou de mon tire-lait WIC au personnel du WIC.
- m'assurer que toute personne que je nomme pour utiliser ma carte eWIC a connaissance des règles du WIC. Je lui apprendrai à utiliser correctement ma carte eWIC.
- respecter mes rendez-vous WIC ou à appeler la clinique pour les reporter.
- utiliser les aliments et les préparations pour nourrissons WIC uniquement pour la personne concernée par le WIC et m'assurer que les aliments accompagnent la personne WIC en cas de garde partagée, de placement familial, etc.
- **ne pas vendre, donner ou offrir ma carte eWIC, aliments ou préparations pour nourrissons, ou tire-lait WIC.** Si j'ai des articles WIC que je ne peux pas utiliser, je les retournerai à la clinique.
- ne pas échanger ou retourner ma carte eWIC, aliments ou préparations pour nourrissons, ou tire-lait WIC contre de l'argent, un crédit, un bon d'achat différé ou d'autres articles.
- **ne pas publier d'articles WIC sur l'Internet.**
- suivre les règles du Guide d'achat du WIC.
- ne pas jurer, crier, harceler, menacer ou blesser physiquement le personnel du WIC ou du magasin.
- ne pas effectuer ma propre transaction, sauf dans les caisses libre-service, si je suis employé par un magasin WIC autorisé.

Accord : Je dois accepter ces points pour être avec le WIC :

- Toutes les informations que j'ai données à WIC sont vraies. Je préviendrai immédiatement le personnel de WIC en cas de changements.
- WIC peut vérifier la taille de mon ménage et toutes les sources de revenu de mon ménage.
- Si j'enfreins les règles du WIC, moi, ou mon enfant, pouvons être retirés du WIC.
- Si je mens ou cache des faits pour obtenir des aliments WIC ou si je ne retourne pas un tire-lait prêté, je peux avoir à rembourser la valeur monétaire de ces articles au WIC.
- Le WIC est un programme d'aide fédéral. Si j'enfreins les règles du WIC, je peux faire l'objet de poursuites civiles ou pénales en vertu des lois fédérales et des lois de l'État.

J'ai lu ce formulaire ou le personnel du WIC me l'a lu. Je comprends et j'accepte les règles et l'accord ci-dessus, et j'ai reçu une copie de ces droits et responsabilités dans le guide d'achat du WIC.

SIGNATURE – Participant/parent/parent/tuteur/soignant

Date de signature