DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ ET DES PERSONNES ÂGÉES DE L'ÉTAT DU MISSOURI

En vigueur le 1er mars 2016

SERVICES WIC ET NUTRITION

Droits et responsabilités du participant – FRENCH

Date Dossier ID remis :	Date Liste des aliments remise :

J'ai reçu le Dossier d'identification du participant au WIC ainsi que les Listes des aliments approuvés pour le WIC aux dates indiquées ci-dessus. On m'a conseillé sur les exigences spécifiques énoncées dans les deux documents.

Je comprends que la double participation est illégale et que je ne peux bénéficier des prestations WIC que d'une seule et unique agence locale. Il est important que je récupère les chèques WIC quand ils sont disponibles. Le fait de ne pas récupérer les chèques dans les 60 jours après leur date de disponibilité peut entraîner mon exclusion du programme.

Je peux faire appel de toute décision prise par l'agence locale concernant mon admissibilité au programme. L'agence locale mettra à ma disposition des services sanitaires ainsi qu'une éducation nutritionnelle et je suis encouragé à en tirer profit.

Conformément à la loi fédérale relative aux droits civils et aux politiques et règlements relatifs aux droit civils du Ministère de l'Agriculture des Etats-Unis (USDA), l'USDA, ses Agences, bureaux, et employés ainsi que les institutions participant ou administrant les programmes de l'USDA sont interdits de toute discrimination sur la base de la race, de la couleur, de l'origine nationale, du sexe, de l'âge, du handicap, ou de représailles ou de rétorsion pour des activités antérieures liées aux droits civils dans les programmes ou les activités menées ou fondées par l'USDA.

Les personnes handicapées qui ont besoin d'autres moyens de communication pour obtenir les renseignements relatifs aux programmes (par exemple en braille, en gros caractères, sous forme de cassette audio, en langue des signes américaine, etc.), doivent contacter l'Agence (État ou local) où ils ont demandé des prestations. Les personnes sourdes ou malentendantes ou présentant des troubles du langage peuvent contacter l'USDA par le « Federal Relay Service » au (800) 877-8339. En outre, les renseignements concernant les programmes peuvent être disponibles dans des langues autres que l'anglais.

Pour déposer une plainte pour discrimination dans le cadre du programme, remplissez le Formulaire de plainte pour discrimination du programme USDA, (AD-3027) disponible en ligne à l'adresse suivante : http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, et dans n'importe quel bureau USDA, ou adressez un courrier à l'USDA dans lequel vous fournirez tous les renseignements requis dans le formulaire. Pour demander une copie du formulaire de plainte, appelez le (866) 632-9992.

Envoyez votre formulaire dûment rempli ou encore le courrier à USDA par :

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

(2) Fax : (202) 690-7442 ; ou

(3) E-mail : program.intake@usda.gov.

Le chef des services de la santé de l'État peut autoriser l'utilisation et la divulgation de renseignements concernant ma participation au programme WIC à des fins autres que celles du WIC. Ces renseignements ne seront utilisés par le Département de la Santé et des personnes âgées (DHSS) que dans le cadre de l'administration des programmes qui servent les personnes admissibles au programme WIC.

Ces renseignements ne peuvent être utilisés que par le DHSS pour déterminer l'admissibilité des candidats et des participants au WIC pour les programmes administrés par le DHSS ; pour mener des activités de sensibilisation pour de tels programmes ; pour améliorer la santé, l'éducation ou le bien-être des candidats et des participants au WIC actuellement inscrits dans ces programmes ; pour simplifier les procédures administratives afin de minimiser les charges qui pèsent sur les participants et le personnel, et estimer et évaluer le système de santé de l'État en termes de réactivité aux besoins de santé des participants et en termes de résultats des soins de santé.

Ma signature apposée ci-dessous indique que j'ai été informé de mes droits et responsabilités dans le cadre du programme WIC. Je certifie que les informations ainsi que les documentations que j'ai fournies concernant ma famille sont, à ma connaissance, exactes.

Si toutes les documentations ne sont pas disponibles au moment de la certification, je déclare par la présente que ces informations manquantes sur l'identité, la résidence et les revenus, répondent aux exigences d'admissibilité. Je m'engage à les présenter dans les 30 jours pour rester dans le programme et bénéficier des prestations. Les présentes informations de certification sont liées à l'obtention de l'aide fédérale. Les responsables du programme peuvent vérifier ces informations.

Je comprends que faire volontairement une déclaration fausse ou trompeuse ou encore déformer, dissimuler ou retenir intentionnellement des faits peut entraîner le paiement en espèces, aux services financiers de l'État, de la valeur des prestations alimentaires qui m'ont été indûment accordées et peut m'exposer à des poursuites civiles ou criminelles en vertu de la loi fédérale et de l'État.

Signature du participant/soignant : (La signature n'est pas nécessaire quand le participant utilise le pavé de signature pour apposer sa signature en MOWINS)	**Date :**