ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я Й ОБСЛУГОВУВАННЯ ОСІБ СТАРШОГО ВІКУ ШТАТУ МІССУРІ
ПРОГРАМА WIC ТА ПОСЛУГИ З ХАРЧУВАННЯ

Набуває чинності: 1 березня 2016 р.

Права та обов’язки учасників програми – UKRAINIAN

Дата видачі ідентифікаційної папки учасника:	Дата видачі списку продуктів:

Я отримав(-ла) ідентифікаційну папку учасника WIC та списки продуктів, затверджених WIC, у зазначені вище дати. Мене повідомили про конкретні вимоги, вказані в папці та списках.

Я розумію, що подвійна участь є незаконною і що на будь-який даний час я маю право отримувати пільги WIC тільки з одного місцевого офісу. Для мене дуже важливо вчасно забирати свої чеки WIC. Якщо я не заберу свої чеки **протягом 60 днів** після дати їх появи, я втрачу право на програму.

Я можу подати апеляцію на будь-яке рішення, прийняте у місцевому офісі WIC щодо мого права на програму.

Відповідно до Федерального законодавства про цивільні права, а також правил і політики щодо цивільних прав, прийнятих Міністерством сільського господарства США, Міністерству сільського господарства США, його органам, службам, працівникам та закладам, які беруть участь в програмах Міністерства сільського господарства США або керують ними, заборонена дискримінація на основі расової приналежності, кольору шкіри, національного походження, статі, обмежених можливостей, віку, а також утиски або засоби впливу за попередню участь, пов’язану з боротьбою за цивільні права в рамках будь-якої програми або діяльності, що проводилися або фінансувалися Міністерством сільського господарства США.

Особам з обмеженими фізичними можливостями, яким потрібні альтернативні засоби зв’язку для отримання інформації про програму (наприклад, шрифт Брайля, великий шрифт, аудіозапис, американська мова жестів тощо), варто звернутися до того самого органу (державного або місцевого), до якого вони зверталися для отримання пільг. Особи, що страждають на глухоту або мають порушення слуху чи мовлення, можуть звернутися до Міністерства сільського господарства США через Федеральну службу посередницького зв’язку (Federal Relay Service) за номером телефону: (800) 877-83-39. Крім того, інформація про програму також доступна іншими мовами, окрім англійської.

Щоб подати скаргу про дискримінацію в рамках програми, заповніть форму скарги про дискримінацію за Програмою Міністерства сільського господарства США (AD-3027), яку можна знайти в Інтернеті за адресою: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html або в будь-якому представництві Міністерства сільського господарства США, або напишіть лист до Міністерства сільського господарства США, зазначивши всю інформацію, яку потрібно надати у формі. Щоб замовити копію форми скарги, зателефонуйте за номером: (866) 632-99-92.
Надішліть заповнену форму або лист до Міністерства сільського господарства США:

(1) поштою: Міністерство сільського господарства США.
Управління помічника міністра з цивільних прав 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410;
(2) факсом: (202) 690-74-42;

(3) електронною адресою: program.intake@usda.gov.

Головний санітарний лікар штату може дозволити використання та передачу інформації про мою участь у програмі WIC у цілях поза межами WIC. Ця інформація буде використовуватися Департаментом охорони здоров'я й обслуговування осіб старшого віку (DHSS) тільки для ведення інших програм для осіб з правом на програму WIC.

Ця інформація може використовуватися тільки DHSS у наступних цілях: для визначення права заявників та учасників WIC на програми у веденні DHSS; для зв’язку з людьми, для яких такі програми призначені; для покращання здоров’я, освіти та благополуччя заявників та учасників цих програм; для удосконалення адміністративних процедур і зведення до мінімуму навантаження учасників та персоналу; для доступу до системи охорони здоров’я штату та її оцінки з точки зору її реагування на потреби учасників стосовно здоров’я і результатів роботи у цьому напрямі.

Мій підпис, проставлений нижче, вказує, що мені було повідомлено про мої права та обов’язки за програмою WIC. Я засвідчую, що надана мною інформація та документація, яка стосується моєї сім’ї, є правильною, оскільки мені відомо.

Якщо на момент сертифікації не було представлено усіх документів, я заявляю, що відсутні посвідчення особи, інформація про місце проживання й доходи відповідають критеріям правочинності. Я зобов'язуюся представити необхідні документи впродовж 30 **днів**, щоб продовжити участь у програмі та отримувати пільги. Ця інформація про сертифікацію пов’язана з отриманням федеральної допомоги, і службовці програми можуть її перевірити.

Я розумію, що навмисно неправдива чи обманлива заява або навмисно неправильне представлення, приховування чи утримування фактів можуть призвести до виплати мною організації штату грошової вартості неналежно наданих мені пільг на харчові продукти, а також до мого громадянського чи кримінального судового переслідування згідно з законами штату та федеральними законами

Підпис учасника/доглядача: (Якщо учасник користується подушечкою для печатки, щоб залишити свій підпис у MOWINS, підписувати не обов'язково)	Дата: