



**Droits et responsabilités du participant – French**

**En vigueur à compter du 1er février 2019**

**Je comprends que j'ai le droit de :**

- ✓ Recevoir du soutien et de l'encouragement pour participer aux services d'éducation nutritionnelle, de santé et d'allaitement.
- ✓ Égalité des normes d'admissibilité et de participation au programme WIC, sans égard à la race, la couleur, l'origine nationale, l'âge, le handicap ou le sexe.
- ✓ Faire appel de toute décision prise par l'agence locale concernant mon admissibilité au programme ou les prestations WIC. Demander une audience équitable dans les 60 jours en contactant mon agence locale WIC ou le Programme WIC du Missouri, P.O. Box 570, Jefferson City, MO 65102, (800) 392-8209.

**Je comprends qu'il est de ma responsabilité de :**

- ✓ M'assurer que mes mandataires et moi utilisons correctement mes prestations WIC pour acheter des aliments approuvés par WIC chez un commerçant WIC autorisé, tel qu'il m'a été expliqué lors de ma certification.
- ✓ Informer mon agence WIC si je prévois de déménager afin qu'une VOC (Vérification de la certification) puisse être fournie afin d'être transférée à la nouvelle localité pour assurer la poursuite de la participation au WIC.
- ✓ Bénéficier des prestations WIC que d'une seule et unique agence WIC car la double participation est illégale.
- ✓ Récupérer les prestations WIC quand elles sont disponibles.
- ✓ Traiter le personnel du WIC et des épiceries avec respect et courtoisie.

**En fournissant ma signature électronique dans le système MOWINS, je confirme ce qui suit :**

- ✓ 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 exactes.
- ✓ Je comprends que le chef des services de la santé de l'État du Missouri peut conclure un accord écrit pour autoriser la divulgation de ma participation au programme WIC à des fins autres que celles du WIC. Celui-ci ne sera utilisé que par WIC et d'autres organismes dans le cadre de l'administration des programmes destinés aux personnes admissibles au WIC. Ces informations peuvent être utilisées pour :
  - Établir mes droits aux programmes administrés par l'organisme ;
  - Mener des activités de sensibilisation ;
  - Me fournir des renseignements sur les programmes DHSS et de faciliter le processus de demande ;
  - Améliorer ma santé, mon éducation ou mon bien-être si je suis déjà inscrit à leurs programmes ; et
  - Mesurer la réactivité aux besoins et aux résultats en matière de soins de santé.
- ✓ Je comprends que vendre, échanger ou donner mes prestations WIC, ma nourriture, mon tire-lait ou mon lait maternisé constitue une violation de la part du participant et pourrait entraîner le recouvrement et le remboursement d'une créance ou l'expulsion du programme WIC.
- ✓ 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 inscrit dans le programme et bénéficier des prestations WIC. Les présentes informations de certification sont nécessaires pour l'obtention de l'aide fédérale. Les responsables du programme peuvent vérifier ces informations.
- ✓ Je comprends que faire volontairement des déclarations fausses ou trompeuses ou déformer, dissimuler ou retenir intentionnellement des faits peut entraîner le paiement en espèces aux services financiers WIC de l'État, 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.

Conformément à la loi fédérale sur les droits civils et aux règlements et politiques du Département de l'agriculture des États-Unis (USDA) sur les droits civils, il est interdit à l'USDA, à ses agences, bureaux, employés et institutions participant aux programmes de l'USDA ou les administrant, d'exercer une discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, le sexe, le handicap, l'âge, ou encore de pratiquer des mesures de rétorsion ou d'user de mesures de représailles pour des activités antérieures liées aux droits civils dans le cadre de programmes ou d'activités menées ou financées 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](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. Courrier : 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;
3. E-mail : [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

**Signature du participant/soignant\*** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

\*Il n'est pas nécessaire de signer ce formulaire lorsque la signature est saisie de manière électronique dans MOWINS.