

# 공정한 심의회

워싱턴 주  
여성, 유아 및 아동(WIC)을 위한  
특별 영양보조 프로그램



Washington State WIC  
Nutrition Program

워싱턴주 보건부

# 공정한 심의회란?

공정한 심의회는 법적 심의회입니다. 공정한 심의회에서 귀하는 심의관에게 귀하의 이야기를 말합니다. 심의관은 WIC 프로그램 소속이 아닙니다. 심의관은 WIC 프로그램이 귀하를 공정하게 대우했는지를 판단합니다.

## 왜 공정한 심의회를 요청해야 합니까?

다음과 같은 경우 공정한 심의회를 요청할 수 있습니다.

- WIC 에서 어떠한 이유로 귀하가 WIC 프로그램의 자격대상이 아니라고 말하고 귀하는 그것이 틀렸다고 생각하는 경우.
- WIC 가 귀하를 프로그램에서 제외시키고 귀하는 이것이 불공정하다고 생각하는 경우.
- WIC 에서 귀하에게 프로그램에 돈을 환불하도록 요청하는 경우.

## 공정한 심의회는 어떻게 요청합니까?

공정한 심의회 양식을 작성하거나 서신을 작성한 다음 이를 다음 주소로 보내십시오.

Department of Health  
Adjudicative Service Unit  
P. O. Box 47879  
Olympia, WA 98504-7879

이 서신에 귀하는 귀하의 이름, 주소, WIC 클리닉의 이름 및 귀하가 공정한 심의회를 원하는 이유를 적어야 합니다. 통역사가 필요한 경우 알려주십시오.

## 공정한 심의회를 요청하는 시간에 제한이 있습니까?

예, 있습니다. 공정한 심의회를 요청하려면 귀하가 WIC 의 자격대상이 아니거나, WIC 에서 제외되었거나 또는 프로그램에 돈을 환불해야 한다고 기재한 서신을 받은 날로부터 60 일 이내에 요청해야 합니다.

## WIC 수표는 계속 받을 수 있습니까?

WIC 에 대한 자격 대상 기간이 만료되지 않은 경우, WIC 수표를 받을 수도 있으며, 귀하가 WIC 프로그램에서 제외되었음을 알리는 서신의 날짜로부터 15 일 이내에 공정한 심의회를 요청해야 합니다.

만약 귀하의 자격 대상 기간이 만료된 경우 수표를 받지 못합니다.

만약 귀하가 WIC 프로그램에서 제외되었음을 알리는 서신의 날짜로부터 15 일 이내에 공정한 심의회를 요청하지 않은 경우 수표를 받으실 수 없습니다.

## 공정한 심의회를 요청하는 경우 내 권리는 무엇입니까?

- 심의회는 공정한 심의회에 대한 귀하의 요청이 접수된 날로부터 21 일 이내에 개최되어야 합니다.
- 심의회에 대한 이 통지는 심의회 개최 최소 10 일 전에 귀하에게 발송되어야 합니다.
- 심의회는 귀하가 거주하는 지역과 가까운 곳에서 개최되어야 합니다.
- 귀하를 도와줄 다른 사람을 데려올 수도 있습니다. (법적 조연자 포함)
- 귀하 및 귀하를 돕는 사람이 WIC 프로그램이 심의회에 제시할 기록을 살펴볼 수도 있습니다.

### 공정한 심의회에 참석할 수 없으면 어떻게 합니까?

심의회 심의관에게 귀하가 심의회에 참석할 수 없음을 미리 알려야 합니다. 새로운 심의회 일자가 설정됩니다.

### 공정한 심의회에서는 무슨 일이 일어납니까?

- 심의관이 공정한 심의회를 수행합니다.
- 심의관은 귀하와 WIC 직원이 하는 말을 경청합니다. 심의관은 귀하가 공정하게 대우받는 지를 확인합니다.
- 귀하는 질문을 하고, 정보, 증인 또는 기타 증거들을 제시할 수 있습니다.
- 귀하 또는 귀하의 자녀가 왜 WIC의 자격대상이라고 생각하는지, 왜 프로그램에 계속 가입해야 하는지 또는 왜 프로그램에 돈을 환불하지 말아야 하는지를 설명할 수 있습니다.
- 심의관은 증거를 토대로 귀하의 WIC 자격 대상 여부, 프로그램 지속 가입 가능 여부 또는 WIC 프로그램에 대한 환불 여부 등을 결정합니다.
- 심의관은 귀하가 심의회를 요청한 날로부터 45일 이내에 서면으로 결정해야 합니다. 귀하는 심의관의 결정 서신을 우편으로 받게 됩니다. 이 결정 서신에는 **검토 청원**이라는 통지가 포함됩니다.

### 심의관의 결정에 동의하지 않으면 어떻게 합니까?

보건부 장관에게 해당 결정을 검토하도록 요청할 수 있습니다.

해당 결정에 대해 청원하려면 **검토 청원**을 작성한 다음 보건부, 판결 서비스국으로 우편 송부하십시오. 청원은 결정 서신 날짜로부터 15일 이내에 해야 합니다.

보건부 장관은 다음과 같은 경우, 결정을 변경할 수 있습니다.

- 법적으로 하자가 있는 경우,
- 심의회가 적절하게 수행되지 않은 경우,
- 심의관이 명확한 지침을 주지 않은 경우,
- 해당 결정을 정당화할 충분한 증거가 없는 경우,

귀하는 장관의 결정을 법원에서 검토하도록 요청할 수 있습니다. 장관의 서면 결정서에는 법원 검토를 요청하는 방법에 대한 안내가 포함되어 있습니다.

공정한 심의회에 대해 질문이 있는 경우, 지역 WIC 클리닉 또는 주 WIC 사무소에 연락하십시오. 주 사무소의 무료 전화번호는 1-800-841-1410입니다.

공정한 심의회 절차는 연방 WIC 프로그램 규정의 Section 7CFR 246.9 및 워싱턴 관리 규정 246-10 그리고 246-08-520을 토대로 합니다.



Division of Prevention and Community Health  
Office of Nutrition Services  
Washington State WIC Nutrition Program

**WIC 영양 프로그램은 차별하지 않습니다.**

연방 시민권법 및 미국 농무부(USDA) 시민권 규정 및 정책에 따라, USDA 프로그램에 참여하거나 이를 관리하는 USDA, 그 대리인, 사무소, 직원 및 기관은 인종, 피부색, 출신국, 성별, 장애, 연령을 토대로 차별하거나 또는 USDA가 수행하거나 자금을 지원하는 임의의 프로그램 또는 활동에 대한 이전의 시민권 활동에 대해 보복 또는 앙갚음을 할 수 없습니다.

프로그램 정보 전달에 있어서 대체적 수단(예: 점자, 큰활자 인쇄, 오디오 테이프, 미국 수화 등)이 필요한 장애인은 혜택을 신청할 수 있는 기관(주 또는 지방)에게 연락하실 수 있습니다. 청각장애 또는 언어장애가 있는 분들은 연방 중계 서비스 (800) 877-8339 를 통하여 USDA에 연락하실 수도 있습니다. 또한 프로그램 정보를 영어 이외의 언어로 이용하실 수도 있습니다.

프로그램에 대한 차별에 불만을 제기하려면, [USDA 프로그램 차별 불만 양식](#) (AD-3027)을 작성하거나(이 양식은 [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), 및 모든 USDA 사무소에서 받을 수 있습니다) 또는 USDA를 수신처로 한 서신을 제출하되 해당 서신에 양식에서 요청하는 모든 정보를 포함시키십시오. 불만 양식을 요청하려면, (866) 632-9992 로 전화하십시오. 작성한 양식이나 서신은 다음과 같이 USDA에 제출하십시오.

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

이메일: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

팩스: (202) 690-7442

**이 기관은 평등한 기회를 제공합니다.**

장애가 있으신 분들은, 이 문서를 다른 형태로 요청하실 수 있습니다.  
요청을 제출하려면, 1-800-841-1410 (TDD/TTY 1-800-833-6388)으로 전화하십시오.

# 공정한 심의회 요청

이 요청을 다음으로 우편송부하십시오: Department of Health  
Adjudicative Service Unit  
PO Box 47879  
Olympia, WA 98504-7879

본인의 이름은 \_\_\_\_\_입니다.

전화/메시지 전화: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

다음 WIC 클리닉 방문: \_\_\_\_\_

다음의 사유로 공정한 심의회를  
원합니다: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

귀하가 영어로 말할 수 없거나 영어를 잘 이해하지 못하는 경우, 또는 난청인 경우 통역사가 도와드릴 수 있습니다. 이 서비스는 무료입니다.

## 해당 되는 것 모두에 표시하십시오:

- 본인은 영어로 말하지 못하거나 영어를 잘 이해하지 못하며 통역사를 필요로 합니다.  
본인의 언어는 \_\_\_\_\_입니다.
- 본인은 영어로 말하지 못하거나 영어를 잘 이해하지 못하는 증인을 데려갈 예정입니다.  
증인을 위한 통역사가 필요합니다.  
증인의 언어는 \_\_\_\_\_입니다.
- 본인은 난청 증상이 있으며 통역사를 필요로 합니다.
- 본인은 난청 증상이 있는 사람을 도우미로 데려갈 계획이며 내 도우미를 위한 통역사가 필요합니다.

서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

공정한 심의회는 이 요청이 접수된 날로부터 21 일 이내로 예정되어 있습니다.