

Права и обязанности



Мои права

- **Продукты программы WIC.** Если я соответствую требованиям для участия в программе WIC, я буду получать чеки для приобретения полезных продуктов питания. Программа WIC не обеспечивает всеми продуктами или питательными смесями, необходимыми в течение месяца.
- **Информация о питании.** Я буду получать информацию о здоровом питании и активном образе жизни.
- **Поддержка грудного вскармливания.** Программа WIC будет предоставлять мне поддержку и помощь в грудном вскармливании.
- **Информация о медицинском обслуживании.** Я буду получать информацию о прививках, о том, как найти врача, а также о других услугах, которые могут мне понадобиться.
- **Отсутствие дискриминации.** Правила для включения в программу WIC одинаковы для всех. Если мне скажут, что я не могу участвовать в программе WIC, а я с этим не соглашусь, то я могу потребовать проведения объективного разбирательства.
- **Вежливость.** Сотрудники программы WIC и работники магазинов будут относиться ко мне вежливо и с уважением. С их стороны не будет сквернословия, крика, домогательств или угроз в мой адрес. Они не причинят мне физического вреда. Если ко мне будут относиться неуважительно, я могу сообщить об этом сотрудникам программы WIC.
- **Информация о переходе в другое учреждение.** Я могу продолжить обслуживание по программе WIC в другой клинике. Для этого я могу обратиться за карточкой для перехода в другое учреждение.

Есть вопросы? Нужна дополнительная информация?

Позвоните в программу питания WIC по телефону
1-800-841-1410

- если у вас возникнут вопросы или вам потребуется помощь;
- чтобы сообщить о возможном мошенничестве, связанном с программой WIC.

Посетите наш веб-сайт по адресу
www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/WIC.aspx



В соответствии с федеральным законодательством и политикой Министерства сельского хозяйства США в данной организации запрещена дискриминация на основании расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, пола, возраста или ограниченных возможностей здоровья.

Жалобы в связи с дискриминацией следует подавать в письменном виде на имя начальника Отдела по разрешению споров Министерства сельского хозяйства США по адресу: USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, либо позвонив по бесплатному номеру телефона (866) 632-9992 (голосовая линия). Лица с нарушением слуха или речи могут связаться с Министерством сельского хозяйства США через федеральную службу переадресации телефонных вызовов по номеру (800) 877-8339 или (800) 845-6136 (для испаноговорящих). Министерство сельского хозяйства США придерживается принципов равноправия при предоставлении услуг и найме на работу.

Программа правильного питания WIC штата Вашингтон не допускает дискриминации.

Для лиц, имеющих инвалидность, данное издание может быть предоставлено в альтернативных форматах по специальному запросу.

Чтобы подать такой запрос, позвоните по номеру 1-800-841-1410 (линия TDD/TTY 1-800-833-6388).

Участие в программе WIC не влияет на ваш иммиграционный статус.



DOH 962-010 November 2012 Russian

PUBLIC HEALTH
ALWAYS WORKING FOR A SAFER AND
HEALTHIER WASHINGTON

Права и обязанности



Мои обязанности

Я согласна предоставить правдивую и полную информацию о:

- моей личности, адресе, наличии и сроках беременности;
- доходе моей семьи;
- составе моей семьи;
- участии в программах Medicaid, Basic Food, TANF (Временная помощь нуждающимся семьям), FDIPIR (Программа предоставления продуктов питания в индейских резервациях) или CSFP (Программа дополнительной продовольственной помощи).

Я согласна выполнять следующие правила. Я обязуюсь:

- каждый месяц получать чеки только в одной клинике WIC;
- не вносить изменения в чеки WIC;
- сообщать сотрудникам программы WIC обо всех украденных или испорченных чеках;
- позаботиться о том, чтобы все, кому я разрешу пользоваться моими чеками, знали правила WIC (я научу их правильно пользоваться моими чеками);
- не пропускать приемы у сотрудников программы WIC или звонить в клинику с просьбой перенести прием;
- использовать предоставленные программой WIC продукты и питательные смеси только для питания лиц, участвующих в программе WIC;
- не продавать и не отдавать мои чеки, продукты и питательные смеси, предоставленные программой WIC (если я не смогу что-либо использовать, я верну это в клинику);
- не обменивать чеки, продукты и питательные смеси, предоставленные мне по программе WIC, на деньги, кредиты, гарантийные талоны на покупку товаров и т. п.;
- не выставлять товары и чеки программы WIC в Интернете;
- выполнять правила, изложенные в Руководстве программы WIC по приобретению товаров в магазинах;
- подписывать выданные мне чеки программы WIC только после того, как кассир проверит мое удостоверение личности и впишет в чек сумму;
- не допускать со своей стороны сквернословия, криков, домогательств, угроз или причинения физического вреда сотрудникам программы WIC или работникам магазинов.

Согласие. Я обязана согласиться с нижеследующим, чтобы участвовать в программе WIC.

- Вся информация, предоставленная мною в программу WIC, является правдивой. Я обязуюсь немедленно сообщать сотрудникам программы WIC о любых изменениях этой информации.
- Программа WIC может проверить состав и все источники доходов моей семьи.
- За нарушение правил программы WIC я или мой ребенок можем быть исключены из нее.
- Если я предоставлю ложные сведения или скрою факты, чтобы получить продукты по программе WIC, то мне, возможно, придется возместить программе WIC наличную стоимость этих продуктов.
- Программа WIC — это федеральная программа оказания помощи. Если я нарушу правила программы WIC, я могу подвергнуться гражданскому или уголовному преследованию согласно законам штата и федеральным законам.
- Если в отношении меня проводится расследование в связи с нарушением правил программы WIC, то программа WIC вправе раскрывать мою информацию третьим лицам.

Разрешение. Мне не обязательно давать это разрешение, чтобы участвовать в программе WIC.

Если я участвую в программе Департамента социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services, DSHS) и в отношении меня проводится расследование в связи с нарушением правил программы WIC, я разрешаю программе WIC сообщить об этом в департамент DSHS и получить копии моих форм о предоставлении льгот.

Если я на это не согласна, то могу зачеркнуть это предложение и поставить свои инициалы. При этом я смогу продолжить участие в программе WIC.

Подписывая эту форму, я подтверждаю, что прочла, поняла и согласна с вышеизложенными правилами, согласием и разрешением. Я получила копию этой формы.

Подпись клиента / лица, осуществляющего уход _____ Дата _____

Clinic staff initial all that apply: _____ Interpreter _____ Written translation _____ Read to client _____ Other: _____

Департамент здравоохранения штата Вашингтон имеет доступ к моим документам WIC.