

# Diritti e responsabilità dei partecipanti al programma WIC

Sono stato informato in merito ai miei diritti e alle mie responsabilità in quanto partecipante al programma WIC (Women, Infants and Children, Programma nutrizionale per donne, neonati e bambini). Sono consapevole di avere diritto a:

- Ricevere un trattamento equo e rispettoso dal personale WIC e dai dipendenti dei negozi di alimentari.
- Aver garantita la riservatezza dei dati forniti al personale WIC. Tali informazioni non saranno divulgate a nessuno al di fuori del programma WIC senza la mia esplicita autorizzazione.
- Ricevere un'educazione nutrizionale e informazioni in materia di salute e altri servizi utili.
- Utilizzare qualsiasi negozio di alimentari o farmacia nello Stato di New York (NYS) che partecipino al programma WIC.
- Ricevere pacchi alimentari rispondenti alle mie esigenze nutrizionali o a quelle di mio figlio.
- Richiedere il trasferimento a un'altra agenzia locale WIC.
- Essere informato, qualora non ricevessi più i benefici del programma WIC, in merito alla data e alle motivazioni dell'interruzione del servizio.
- Richiedere un esame imparziale del mio caso qualora non concordassi con le decisioni sulla mia idoneità al programma.

Le informazioni da me fornite per determinare la mia idoneità al programma WIC sono corrette, per quanto di mia conoscenza. Sono consapevole che:

- Il Programma WIC dello Stato di New York può autorizzare la condivisione delle mie informazioni WIC con determinati programmi sanitari ed educativi come Medicaid, il Programma integrativo di assistenza alimentare (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), l'Assistenza temporanea per famiglie bisognose (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) e il Programma di assistenza all'infanzia (Child Care Assistance Program). Tali informazioni saranno utilizzate dalle agenzie WIC locali e statali e dagli enti pubblici solo per la gestione dei loro programmi a favore dei soggetti che possono usufruire del Programma WIC. Questi programmi possono usare queste informazioni per le seguenti finalità: per determinare la mia idoneità ai loro programmi; per fornirmi informazioni su questi programmi e semplificare il processo di domanda; per migliorare la mia salute, la mia educazione o il mio benessere, se sono già iscritto/a ai loro programmi; e per assicurarsi che le mie esigenze sanitarie siano soddisfatte.
- Il personale responsabile del programma WIC può esaminare le informazioni da me fornite per attestarne la veridicità. Può consultare i miei datori di lavoro o altre fonti di informazione per i dati sul mio reddito. Può avere accesso ai miei registri fiscali tramite il NYS Department of Taxation and Finance, Dipartimento della Tassazione e della Finanza dello Stato di New York. Al momento della decisione circa la mia partecipazione al programma WIC, non verranno chieste informazioni precedenti di più di 12 mesi la mia richiesta di adesione. In caso di sospetta infrazione di una regola del WIC, il personale responsabile può chiedere informazioni relative a qualsiasi periodo durante il quale ho beneficiato del programma WIC.
- Sono tenuto a notificare alla sede WIC alla quale mi rivolgo se pianifico un trasferimento, cambio numero di telefono, ci sono cambiamenti nel reddito di uno o più membri del mio nucleo familiare o desidero rivolgermi a un'altra sede WIC.
- Se non dichiaro la verità o nascondo di proposito delle informazioni per poter beneficiare del programma WIC, è possibile che io debba rimborsare lo Stato dei benefici ottenuti ingiustamente. Potrei anche essere portato in tribunale dallo Stato di New York o dagli agenti federali.
- Posso iscrivermi a un solo Programma WIC. Confermo di non essere attualmente iscritto ad altri programmi WIC.
- Gli alimenti del WIC sono unicamente destinati al membro familiare partecipante. Non posso in alcun modo vendere, offrirmi di vendere o cedere a terzi i benefici del WIC.
- Se ci fosse bisogno di cambiare o interrompere il mio pacco alimentare per un breve periodo di tempo, informerò al riguardo la sede WIC locale.

Sono consapevole che la sede WIC alla quale mi rivolgo mi metterà a disposizione servizi sanitari ed educazione nutrizionale e mi incoraggerà a beneficiarne.

Sono consapevole che i requisiti di idoneità e partecipazione al programma WIC sono uguali per tutti, a prescindere dalla razza, dal colore, dall'origine nazionale, dall'età, dalla disabilità o dal sesso del richiedente.

continua



Department  
of Health

---

## Richiesta di equo processo

Se la tua domanda di partecipazione è stata rifiutata o i servizi sono stati interrotti, hai diritto a un equo processo. Un equo processo è la possibilità di avanzare davanti a un giudice le tue motivazioni in merito alla presunta erroneità della decisione. Il processo deve essere richiesto entro 60 giorni dal rifiuto della tua domanda di partecipazione o dalla comunicazione di cessazione dei servizi. La mancata richiesta di processo entro i 60 giorni escluderà la possibilità del processo stesso.

Il periodo durante il quale puoi beneficiare del WIC è detto periodo di certificazione. Se i tuoi servizi vengono interrotti durante il periodo di certificazione e richiedi un equo processo entro 15 giorni, i servizi WIC continueranno finché i risultati del processo non saranno resi noti o fino alla fine del periodo di certificazione, a seconda della condizione che si verificherà per prima. Puoi richiedere un processo rivolgendoti alla sede WIC locale (il personale ti fornirà l'assistenza necessaria) o contattando il Programma WIC dello Stato di New York:

indirizzo: WIC Program Director, Direttore del programma  
NYSDOH, Riverview Center  
150 Broadway, 6th Floor  
Albany, NY 12204

telefono: (518) 402-7093;  
fax: (518) 402-7348; o  
e-mail: NYSWIC@HEALTH.NY.GOV

---

## Ho sottoscritto tramite firma informatizzata la presente dichiarazione di attestazione prima di beneficiare dei servizi WIC:

Sono stato informato dei diritti e dei doveri che derivano dalla mia adesione al programma WIC. Certifico che, a mia conoscenza, le informazioni che ho fornito per la determinazione della mia eleggibilità sono complete e corrette. Tali informazioni sono state fornite al fine di poter beneficiare dei servizi WIC e sono consapevole che, in caso di necessità, possono essere verificate dai funzionari statali e locali del WIC che possono contattare datori di lavoro o altre fonti per conoscere il mio reddito e/o possono chiedere i miei registri fiscali al NYS Department of Taxation and Finance, Dipartimento di tassazione e Finanza dello Stato di New York. A tal fine, autorizzo espressamente il Dipartimento Tassazione e Finanza dello Stato di New York al rilascio dei miei registri fiscali, incluse le informazioni di impiego fornite al Dipartimento da miei datori di lavoro nel rispetto delle informazioni contenute nel New Hire and Wage Reporting, Report sulle nuove assunzioni e salari. Sono inoltre consapevole che ogni dichiarazione deliberatamente mendace può espormi a procedimenti giudiziari civili o penali per la violazione di leggi statali e/o federali. Tali dichiarazioni includono, ma non esclusivamente, la falsificazione intenzionale e l'occultamento o l'omissione di informazioni riguardanti il reddito familiare, le dimensioni del nucleo familiare, i dati sanitari, la mia partecipazione al programma federale sanitario Medicaid e il luogo di residenza. Sono inoltre consapevole che ogni dichiarazione falsa, ingannevole o travicante, l'occultamento o l'omissione di fatti possono comportare la mia rimozione dal programma e un risarcimento quantificato in dollari dei servizi WIC di cui ho usufruito ingiustamente, a prescindere dalla mia intenzionalità. Infine, sono consapevole che posso iscrivermi a un solo Programma WIC. Con la presente certifico di non essere attualmente iscritto ad altri programmi WIC. Chiedo che i servizi mi vengano erogati oggi.

---

In conformità con la legge federale sui diritti civili e con i regolamenti e la politica del Dipartimento dell'Agricoltura degli Stati Uniti (United States Department of Agriculture, USDA) in materia di diritti civili, a questa istituzione è vietato discriminare sulla base di razza, colore della pelle, origine, sesso (compresa l'identità di genere e l'orientamento sessuale), disabilità, età o rappresaglie o ritorsioni per precedenti attività in materia di diritti civili.

Le informazioni sul programma potranno essere rese disponibili in lingue diverse dall'inglese. Le persone con disabilità che necessitano di mezzi di comunicazione alternativi per ottenere informazioni sul programma (ad esempio, Braille, caratteri grandi, audiocassette, linguaggio dei segni americano), devono contattare l'agenzia statale o locale responsabile della gestione del programma o il centro TARGET dell'USDA al numero (202) 720-2600 (voce e TTY) o contattare l'USDA tramite il Servizio federale di ricetrasmisione (Federal Relay Service) al numero (800) 877-8339.

Per presentare un reclamo in materia di discriminazione, il denunciante deve compilare il modulo AD-3027, Modulo di reclamo per discriminazione del programma USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form) disponibile online all'indirizzo: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, presso qualsiasi ufficio dell'USDA, chiamando il numero (866) 632-9992 o scrivendo una lettera indirizzata all'USDA. La lettera deve contenere il nome, l'indirizzo, il numero di telefono del denunciante e una descrizione scritta della presunta azione discriminatoria sufficientemente dettagliata per informare l'assistente segretario per i diritti civili (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) sulla natura e la data della presunta violazione dei diritti civili. Il modulo o la lettera AD-3027 compilati devono essere inviati all'USDA tramite:

- (1) Posta: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) Fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; oppure
- (3) E-mail: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Questo ente garantisce a tutti pari opportunità.

Per altri reclami o per richiedere un'udienza imparziale, contattare:

- (1) Posta: WIC Program Director  
NYSDOH, Riverview Center  
150 Broadway, 6th Floor  
Albany, NY 12204; oppure
  - (2) Telefono: (518) 402-7093; Fax: (518) 402-7348; oppure
  - (3) E-mail: [NYSWIC@HEALTH.NY.GOV](mailto:NYSWIC@HEALTH.NY.GOV)
-