

Direitos e responsabilidades dos participantes do programa WIC de Maryland

Meus direitos

- **Alimentos WIC:** Receberei um dispositivo alimentar (cartão eWIC) para comprar alimentos saudáveis.
- **Informação nutricional:** Receberei informações sobre alimentação saudável e vida ativa.
- **Suporte para amamentação:** O WIC me ajudará e me dará suporte durante a amamentação.
- **Informações sobre assistência médica:** Receberei informações sobre vacinações e outros serviços de que possa precisar.
- **Tratamento justo:** As regras para se candidatar ao WIC são as mesmas para todos. Posso solicitar uma audiência justa a um funcionário do WIC se alguém me disser que não posso receber o WIC e eu não concordar.
- **Civilidade básica:** As equipes do WIC e da loja me tratarão com educação e respeito. Posso informar à equipe do WIC que gostaria de registrar uma reclamação se não for tratado com respeito. Também posso registrar uma reclamação junto ao Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA) no endereço abaixo.
- **Informações de transferência:** Se eu for me mudar, posso transferir meu WIC para outro estado. Posso solicitar o formulário de transferência para levar comigo.

Minhas responsabilidades

Entendo que:

- O WIC não fornece todos os alimentos ou fórmulas necessários para um mês e os benefícios não utilizados não serão transferidos para o próximo mês.
- Se eu perder meu cartão eWIC, ele pode ser substituído. Se meus benefícios de alimentação expirarem antes de eu receber um novo cartão eWIC, os benefícios não serão substituídos.
- As informações que forneço ao programa WIC estão sendo enviadas em conexão com o recebimento de assistência federal. Os funcionários do programa podem verificar as informações fornecidas a eles.
- As informações que identificam um participante do WIC devem ser divulgadas às pessoas diretamente ligadas à administração, fiscalização ou auditorias do programa.
- O secretário do Departamento de Saúde de Maryland pode autorizar a divulgação de informações a representantes de organizações públicas que atendem pessoas qualificadas para o programa WIC. Uma lista dessas organizações está disponível mediante solicitação no programa WIC.
- As informações divulgadas às organizações serão utilizadas apenas com a finalidade de determinar a elegibilidade dos participantes do WIC para os programas administrados por elas, conduzindo o contato com os participantes do WIC para tais programas, avaliando a capacidade de resposta do estado às necessidades de assistência médica e resultados dos participantes do WIC, ou para simplificar os procedimentos de participação nesses programas.

Eu concordo em seguir as regras abaixo. Eu vou:

- Trazer meu comprovante de identificação (ID) em todas as visitas à clínica.
- Fornecer todos os documentos solicitados pelo programa WIC em tempo hábil.
- Utilizar alimentos e fórmulas do WIC apenas para a pessoa que está recebendo o WIC.
- Informar sobre cartões eWIC perdidos, roubados ou danificados conforme as instruções.
- Certificar-me de que qualquer pessoa que eu indique para utilizar meus benefícios conheça os direitos e responsabilidades do WIC. Vou ensiná-los a utilizar meus benefícios corretamente.
- Comparecer aos meus horários marcados com o WIC ou, se não for possível, ligar para a clínica para reagendar. Se eu deixar de buscar os benefícios duas vezes seguidas, poderei ser removido do programa.
- Não irei vender, dar ou trocar meu cartão eWIC, alimentos ou fórmulas por dinheiro, crédito, promissórias ou outros itens. Se eu tiver itens do WIC que não possa usar, irei devolvê-los à clínica.
- Não irei postar itens do WIC para venda ou troca na internet.
- Não irei xingar, gritar, assediar, ameaçar ou ferir fisicamente a equipe do WIC ou da loja; ou danificar a propriedade do WIC ou da loja.
- Não irei inscrever uma criança que não esteja sob meus cuidados legais ou designados.
- Não irei me inscrever no WIC em mais de um estado ou receber benefícios de mais de uma clínica do WIC por mês.

Eu concordo em fornecer informações verdadeiras e completas sobre:

- Minha identidade, status de gravidez e endereço.
- O número de pessoas que moram na minha casa.
- A renda total de todas as pessoas que moram na minha casa.
 - Estar no Medicaid, no Programa de Assistência Nutricional Suplementar de Maryland, também conhecido como Food Stamps (vale-alimentação) ou SNAP, ou na Assistência Financeira Temporária (TCA).
- Todas as mudanças nas circunstâncias da vida (por exemplo, notificarei o WIC se houver mudanças em minha renda ou tamanho da família ou se eu me mudar).

Minha assinatura no sistema WIC significa que:

- As informações que forneci para a determinação da elegibilidade estão corretas, tanto quanto é do meu conhecimento.
- Entendo e concordo que fazer intencionalmente uma declaração falsa ou enganosa ou deturpar, ocultar ou reter fatos pode resultar na necessidade de pagar ao programa WIC, em dinheiro, o valor dos benefícios alimentares indevidamente emitidos para mim e pode me sujeitar a processos civis ou criminais de acordo com as leis estaduais e federais e à desqualificação do programa WIC.
- Recebi ou receberei um dispositivo alimentar (cartão eWIC) para minha família.
- Todas as minhas dúvidas sobre o WIC foram esclarecidas.
- Entendo quais são meus direitos e responsabilidades.
- Entendo que, se não cumprir com minhas responsabilidades, posso ser desqualificado do programa WIC.

The following participants were certified on _____

1 _____ # 3 _____
 # 2 _____ # 4 _____

 Signature of Applicant/Parent/Guardian/Designee

 Signature of WIC Staff

For Manual Certifications Only:

Income Determination

Nutrition Risk Determination

 Signature

 Signature

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by:

(1) mail: 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 or (202) 690-7442; or

(3) email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.