

DIREITOS E RESPONSABILIDADES

Revisto em 01/06/20

Estamos muito contentes com a sua presença na WIC hoje e felizes em poder ajudá-lo!

Tenho direito a:

- Receber os benefícios para comprar alimentos saudáveis. Estou ciente de que o programa WIC não fornece toda a alimentação de que eu e minha família precisamos.
- Receber informações sobre alimentação saudável e vida ativa.
- Receber ajuda e apoio sobre amamentação.
- Ter acesso a informações sobre imunizações e outros serviços de saúde que me possam ser úteis.
- Tratamento justo e respeitoso por parte dos funcionários do programa WIC e do almoxarifado. Caso não receba tratamento justo, posso falar com o supervisor do programa (WIC). Posso pedir ao diretor do WIC ou ao encarregado do escritório estadual do WIC uma conferência ou uma audiência, caso não concorde com as decisões que dizem respeito à minha qualificação para o programa.
- Proteção dos Direitos Civis. Os padrões de elegibilidade para o Programa WIC são os mesmos para qualquer pessoa, independentemente de raça, cor, nacionalidade, gênero, idade ou incapacidade.
- Privacidade. A política de privacidade do WIC encontra-se no verso deste formulário.

Minhas responsabilidades:

Concordo em fornecer informações corretas e completas sobre:

- Minha renda. Informarei aos funcionários da administração do programa sobre todas as fontes de renda das pessoas que vivem em minha residência. Relatarei quaisquer alterações referentes a essas informações.
- Minha participação no Programa de Assistência Médica e Nutrição Suplementar (SNAP), ou no Programa de Emprego e Renda da Família (TANF). Manterei os funcionários da administração do programa WIC informados, caso tenha que sair de algum programa que me qualifique para o programa WIC.
- Minha situação em relação à amamentação. Informarei ao WIC caso reduza ou pare de amamentar.
- Minha situação em relação à gravidez.
- Meu endereço. Relatarei quaisquer alterações em meu endereço ou informações de contato. Posso solicitar uma Inspeção de Certificação (VOC) caso decida me mudar de Estado, para facilitar o contato com o representante do WIC em meu novo endereço.

Concordo em seguir as regras. Comprometo-me a:

- Tratar os técnicos de saúde da clínica e funcionários do almoxarifado com respeito. Não xingar, gritar, destratar ou causar danos a qualquer pessoa.
- Consumir todos os alimentos fornecidos para mim e para a minha família pelo programa WIC.
- Devolver para a clínica os alimentos extras que não forem consumidos.
- Jamais colocar à venda, descartar ou negociar os alimentos que me forem fornecidos pelo programa WIC, as fórmulas de alimentação infantil ou cartão eWIC. Isso inclui publicá-los on-line ou devolvê-los ao almoxarifado. Qualquer alimento ou fórmula alimentar que eu coloque à venda ou doe que seja igual ao alimento ou fórmula fornecidos pelo programa WIC será considerado como sendo do programa WIC. Estou ciente que terei que ressarcir ao programa pela alimentação ou pela fórmula.

- Receber os benefícios em apenas uma clínica do programa WIC por vez. Tenho consciência de que a participação em duas clínicas é ilegal.
- Estar em dia com as consultas ou chamados da clínica para reagendamento. Tenho consciência da minha exclusão do programa, caso não vá receber os benefícios por dois meses consecutivos.
- Ter sempre comigo meu cartão eWIC quando for à clínica para que o meu benefício possa ser carregado no cartão.
- Ter cuidado com o meu cartão eWIC como se ele fosse um cartão de débito, cuidando para que ele não seja extraviado, furtado, danificado ou mesmo destruído.
- Avisar imediatamente ao pessoal da administração do programa WIC caso meu cartão eWIC tenha sido extraviado ou furtado. Estou ciente do prazo de três dias para a substituição ou recebimento de um novo cartão. Não tentarei usar um cartão que informei ter sido extraviado.
- Não compartilhar meu cartão nem o código PIN com qualquer pessoa, exceto aquelas que eu autorizo enquanto estou na clínica.
- Seguir as regras e instruções do guia de Alimentos Autorizados pelo programa WIC no Estado de Utah.

Declaro para os devidos fins que:

Li e recebi aconselhamento sobre os meus direitos e deveres (impressos na parte da frente deste formulário). Caso desobedeça a estas regras, estou ciente de que poderei ser intimado a pagar novamente por quaisquer benefícios do programa WIC concedidos à minha família. Estou ciente de que também posso deixar de ter acesso a futuros benefícios e ser excluído do programa do WIC.

O presente certificado será concluído com o recibo da assistência federal. Certifico que, até onde eu saiba, as informações fornecidas por mim estão corretas. Os funcionários da administração do programa poderão verificar todas as informações fornecidas para a clínica. Estou ciente de que qualquer informação falsa que eu tenha prestado para receber benefícios de alimentos do programa WIC, dentre as quais fazer uma declaração falsa ou enganosa ou deturpar, ocultar ou reter fatos, pode resultar em indenizações de minha parte para o órgão estadual, pelo valor dos alimentos que indevidamente tenha recebido, e que estou sujeito a processos civis ou criminais nos termos da legislação estadual ou federal pertinente.

Estou ciente de que eu, o pai/mãe/responsável, ou um tutor adicional, que eu tenha identificado e autorizado perante a clínica, deve estar presente nas consultas de certificação. Caso tenha designado um representante (comprador autorizado), este poderá receber meus benefícios na clínica do programa WIC e retirar, em meu nome, os benefícios em alimentos a mim destinados que se encontram estocados no almoxarifado. Meu representante também pode levar meu filho/filhos à clínica, caso seja necessário fazer consultas de acompanhamento para verificar seu peso e altura, e/ou acompanhá-lo em um exame de sangue para verificar se o nível de ferro está baixo. Estou ciente das minhas responsabilidades em relação a essa pessoa indicada como meu representante ou procurador. Estou ciente de que é minha responsabilidade solicitar ao meu representante ou procurador que compartilhe comigo quaisquer informações ou notificações divulgadas pela clínica.

~ FAVOR ASSINAR ELETRONICAMENTE NO LOCAL INDICADO ~

Política de Privacidade do WIC:

O programa WIC respeita o seu direito à privacidade. Como um participante do programa WIC, você poderá receber lembretes por meio de mensagens de texto, ligações telefônicas, cartas, cartões postais ou e-mails. Caso não deseje receber esses lembretes, deverá solicitar formalmente. Se não desejar receber mensagens de texto, digite a palavra STOP e envie para o número 22300.

As informações sobre sua participação no programa WIC podem ser compartilhadas, para fins fora do contexto do WIC, com outros programas de saúde e nutrição que atendam a pessoas que satisfaçam os

requisitos de qualificação para o programa WIC. O diretor-executivo do Departamento de Saúde de Utah autorizou a divulgação e o uso de informações confidenciais do programa WIC para determinados programas, para verificar se você se qualifica para serviços que o programa poderá prestar; para fins de divulgação; para compartilhamento de informações de saúde necessárias com programas dos quais você já esteja participando; para agilizar os procedimentos administrativos entre os programas; e para ajudar a avaliar a saúde geral das famílias de Utah por meios de relatórios e estudos. Você poderá solicitar informações adicionais sobre esses programas aos funcionários da administração do programa WIC.

De acordo com a Lei Federal de Direitos Civis e as regulamentações e políticas de direitos civis do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA), o USDA, suas agências, escritórios e funcionários, e instituições que participam ou administram programas do USDA estão proibidos de discriminar com base em raça, cor, origem nacional, gênero, condições de incapacidade, idade, ou represália ou retaliação por atividades anteriores relacionadas aos direitos civis em qualquer programa ou atividade conduzida ou financiada pelo USDA.

As pessoas portadoras de deficiência que necessitam de meios alternativos de comunicação para informações sobre o programa (por exemplo, método braile, fontes de letras maiores, arquivos de áudio, linguagem americana de sinais, etc.), devem entrar em contato com a organização (estatal ou local) onde se candidataram para receber os benefícios. Pessoas surdas, com deficiência auditiva ou de fala podem entrar em contato com o USDA através do Serviço de Retransmissão Federal (Federal Relay Service – FRS) pelo telefone (800) 877-8339. Além disso, as informações do programa poderão ser disponibilizadas em outros idiomas além do inglês.

Para apresentar uma reclamação ao programa sobre questões relacionadas à discriminação, preencha o Formulário de Reclamação de Discriminação do Programa do USDA, (AD-3027) que pode ser obtido on-line no endereço: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, e em qualquer escritório do USDA, ou encaminhe uma correspondência para o USDA e forneça na carta todas as informações solicitadas no formulário correspondente. Para solicitar uma cópia do formulário de reclamação ligue para (866) 632-9992. Envie o formulário preenchido ou enderece sua correspondência para o USDA utilizando uma das seguintes modalidades: (1) correspondência: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) via fax para o número: (202) 690-7442; ou (3) e-mail para: program.intake@usda.gov.

Esta instituição proporciona oportunidades iguais.