

作为 WIC 参与者的权利和责任通知

1. 无论种族、肤色、民族血统、年龄、性别或是否残疾，每个人的合格标准或参与条件都是相同的。
2. 关于 WIC 对我的孩子或我的资格条件作出的任何决定，我可能会上诉。
3. 我将收到有关健康服务的营养信息和建议。我被鼓励参加这项服务。
4. 我将收到关于如何使用 WIC 检查的说明。
5. 我将遵守我的 WIC 预约。如果我连续三（3）个月未能参加 WIC 检查，我可能会被该计划终止资格。
6. 我将一次仅参加一个 WIC 诊所。我了解，无论是在宾夕法尼亚州还是在其他州，同时在一个以上的诊所进行登记都是非法的，在同一个月，如果从两个 WIC 诊所或两个州接受检查，我将会被取消参加计划的资格。
7. 根据 WIC 计划的要求，WIC 计划的参与者不得销售或交换由 WIC 计划提供的食品或配方。如果他们销售和交换私自购买（并非由 WIC 检查购买）的食品或配方与 WIC 计划为其规定的食品或配方完全相同，则根据要求，他们必须保留相应的销售收据。
8. 您有权通过联系当地办事处的零售店协调员，对零售店进行投诉。您可以选择保持匿名。
9. 所有申请人、背书人和潜在的合格人士均可获得 ADA 或第 504 节的保护。如果您认为这些权利遭到侵害，您有权进行投诉。如果您对这些保护或如何投诉存有任何疑问，请与州政府机构的协调员联系，电话（717）783-1289。

我已经阅读了我的权利和责任。我发誓，据我所知，我向 WIC 提供的信息是正确的。本表格与联邦援助的收据一起提交。WIC 可以核实这张表格上的任何信息。我理解，如果提供虚假或误导信息，将可能导致我要以现金形式向 WIC 偿还那些误发给我的那些食品福利。另外，根据州法律或联邦法律，我还可能遭到民事或刑事检控。我理解，卫生部长可能将我向 WIC 提供的信息提供给其他计划，例如 CHIP、医疗救助、SNAP、学校早餐和学校午餐。该信息将仅用于确定我是否符合参加这些计划的条件，以及获得更大的服务范围。我了解，作为 WIC 年度审计的一部分，我或孩子的证件可能会被第三方（非 WIC）的审计师查看。所有信息均是保密的。

我确认，我已收到、阅读和并同意遵守 WIC 计划规则。

Chinese-WIC Rights and Responsibilities