

如何对 WIC 决定提起申诉

申诉权和概述

若 WIC 计划不允许您/您孩子参加，或取消您/您孩子的资格，且您认为此决定不公平，则您有权对此决定提起申诉。您应在收到决定通知之日起 60 日内申请召开公平听证会。若已超过 60 日，则您无法申请召开听证会。您无需担心因为提出申请而遭到骚扰或处罚。您可前往 WIC 各网点及访问 **佛蒙特州卫生局网站**，查阅公平听证会信息。

<https://www.healthvermont.gov/family/wic/usda-nondiscrimination-statement#wicappeals>

若您因参与者违规而被拒发 WIC 福利，并收到信函通知，则您必须自该决定的邮戳日期或收到决定书面通知之日起六十 (60) 日内申请召开公平听证会。

公平听证会由佛蒙特州公共服务局公共服务委员会 (HSB) 主持召开。您可以通过亲自前往、电话、邮件或电子邮件方式，向州或当地相关机构申请召开公平听证会。将提供翻译服务，且可应要求提供其他语言的申诉信息（阿尔巴尼亚语、阿拉伯语、缅甸语、达里语、法语、基隆迪语、尼泊尔语、普什图语、简体中文、索马里语、西班牙语、斯瓦希里语、繁体中文、越南语）。

如何申请召开听证会

可通过亲自前往、电话、邮件或电子邮件方式，向 WIC 州办公室、公共服务委员会或当地 WIC 办公室申请召开公平听证会和/或当地办公室会议。针对每项公平听证会和/或当地办公室会议申请，填写一份 **申诉表**。申诉表提供纸质和电子版本。若您亲自前来提出申请，则会向您提供纸质申诉表。填写申诉表时若需帮助，您可要求提供协助，并要求工作人员帮助扫描纸质申诉表，并发送电子邮件至 WIC@Vermont.gov（州 WIC 办公室的电子邮件地址）和公共服务委员会 (HSB) contact.hsb@vermont.gov。

若您填写电子申诉表，则应在电脑里保存一份副本，并发送至上述电子邮件地址，也可邮寄给州 WIC 主任：

州 WIC 主任
佛蒙特州 WIC 计划
280 State Drive
Waterbury, VT 05671-8360

什么是公平听证会？

在**公平听证会**上，您可以提出问题，并用自己的话解释为什么您觉得这个决定不正确或不公平。您可以选择代表自己，也可选择由亲人、朋友、法律顾问或其他发言人等来充当您的代表。您还可要求召开当地办公室会议。您可以随时要求召开当地办公室会议，在申请召开公平听证会的同时亦如此。当地办公室会议不具备强制性。当地办公室会议是您与当地办公室主管以及州 WIC 主任或代表之间的会议。您可以选择带您的代表（如亲人、朋友、法律顾问或其他发言人）陪同参加当地办公室会议。收到您的请求之日起 10 个工作日内，会在您的当地 WIC 办公室或通过视频会议的方式召开当地办公室会议。当地办公室会议有望在公平听证会召开前或结束前解决您的问题。若您不愿意召开当地办公室会议，或您对当地办公室会议的结果不满，则可申请召开公平听证会。

下列情况时，您召开公平听证会的申请可能会遭到拒绝：

- 1) 您未在六十 (60) 日内递交召开公平听证会的申请；
- 2) 您或您的代表以书面形式撤回召开公平听证会的申请；
- 3) 您或您的代表在未提供正当理由的情况下缺席公平听证会；或
- 4) 此前公平听证会曾裁定拒绝您参加计划，且您无法提供证据，证明您或您孩子的相关资格情况已发生变化、依法应再次召开公平听证会。

申诉结果通知

自您向 WIC 申请召开公平听证会之日起，HSB 必须在 45 日内向您书面告知决定。若 HSB 认定您应获得福利，则这些福利必须立即开始发放。针对这一决定，您可以上诉至佛蒙特州最高法院。

若需了解详情或存有疑问，请致电 1-800-649-4357 联系佛蒙特州 WIC 办公室或致电 802-828-2536 联系公共服务委员会。

WIC 申诉表

佛蒙特州卫生局 WIC 计划

请填写本表，以便申请召开当地办公室会议和/或公平听证会。

若需了解详情或存有疑问，请致电 1-800-649-4357 联系佛蒙特州 WIC 办公室或致电 802-828-2536 联系公共服务委员会。

1. 依据 WIC 计划的规定，我申请召开下列会议：

当地办公室会议

公平听证会

二者

2. 请用您自己的话解释，依据 WIC 资格标准，为什么您认为拒绝发放 WIC 福利的决定不正确或不公平。
-

3. 全名
(名、中间名首字母、姓) _____

4. 邮寄地址: _____

5. 电子邮件: _____

6. 电话号码: _____

7. 若您代表家中被拒发 WIC 福利的儿童申请召开公平听证会, 则请在下方列出其全名和出生日期。

全名: _____ 出生日期: _____

全名: _____ 出生日期: _____

全名: _____ 出生日期: _____

全名: _____ 出生日期: _____

8. 若您希望带代表陪同出席听证会, 则请列出其姓名、地址、电子邮件和/或电话号码。

姓名: _____

地址: _____

电子邮件: _____

电话: _____

9. 您希望安排口译员或翻译员出席听证会吗? 是 否

10. 若是, 您需要哪种语言: _____

11. 填表日期: _____

填写本表，保存并邮寄给 WIC 主任：

州 WIC 主任
佛蒙特州 WIC 计划
280 State Drive
Waterbury, VT 05671-8360

或者，您可以保存本表，并发送电子邮件至 WIC@Vermont.gov（州 WIC 办公室的电子邮件地址）
和/或公共服务委员会 contact.hsb@vermont.gov。

此机构提供平等机会。

至于其它所有 FNS 营养援助计划，州或当地机构及其次级受助人必须张贴以下非歧视声明：

按照联邦民权法以及美国农业部（USDA）民权法规与政策规定，本机构禁止出现基于种族、肤色、国籍、性别（包括性别认同和性取向）、残疾情况、年龄的歧视现象或因之前的民权活动而进行报复。

计划信息可以英语以外的语言提供。存在残疾情况且需要其它交流方式以获得计划信息（比如盲文、大字体、录音带、美国手语（American Sign Language））的人应联系负责实施计划的州或当地机构或USDA的TARGET中心，号码为(202) 720-2600 (语音及TTY)，或拨打(800) 877-8339，通过联邦中继服务（Federal Relay Service）与USDA联系。

如需提交计划歧视投诉，投诉人应填写 AD-3027 表——USDA 计划歧视投诉表，该表可在以下网站找到：<https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-simplified-chinese.pdf>。您也可从 USDA 办公室或拨打(866) 632-9992 获得该表或写信给 USDA。信函必须包含投诉人姓名、住址、电话号码及歧视行为的书面细节以告知民权助理部长（ASCR）所称民权违法行为的性质及发生日期。完成的 AD-3027 表或信函必须通过以下方式提交给 USDA：

- (1) **邮件：**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; 或
- (2) **传真：**
(833) 256-1665 或(202) 690-7442; 或
- (3) **电子邮箱：**
program.intake@usda.gov

本机构提供平等机会。