

Demande d'inscription en ligne au programme WIC du Vermont

Pour être éligible au programme WIC, il est essentiel de remplir les conditions suivantes :

1. Appartenir à l'une des catégories suivantes :
 - Être une femme enceinte ;
 - Avoir accouché au cours des 6 derniers mois ;
 - Être une mère qui allaite un enfant de moins de 12 mois ;
 - Être un nourrisson ou un enfant âgé de moins de 5 ans (l'inscription peut être demandée par un parent ou le tuteur légal) ;
2. Résider dans l'État du Vermont.
3. Répondre aux critères de revenus ou participer à l'un des programmes suivants : Medicaid/Dr. Dynasaur, 3SquaresVT (SNAP), TANF (Aide temporaire pour les familles nécessiteuses) ou programme pour les familles avec des enfants à charge.

Le formulaire peut être renseigné en moins de 10 minutes. Si vous avez besoin d'assistance pour remplir ce document ou si vous souhaitez demander un aménagement, veuillez nous contacter par courriel à l'adresse : WIC@vermont.gov ou 802-863-7333.

Pour introduire votre demande, suivez les étapes ci-dessous :

1. Remplissez ce formulaire et transmettez-le par courriel à l'adresse : WIC@vermont.gov
2. Après la soumission de votre formulaire, un membre de votre bureau local du programme WIC vous contactera afin de déterminer si vous répondez aux critères d'éligibilité. Si votre admissibilité est confirmée, un rendez-vous WIC vous sera proposé.
3. Présentez-vous au rendez-vous pour finaliser votre inscription au programme WIC.

Veuillez renseigner vos coordonnées ci-dessous.

(*champs obligatoires)

Prénom *

Nom de famille *

Adresse postale *

Numéro d'appartement

Ville *

État *

(Vous devez être résident(e) du Vermont pour participer au programme WIC du Vermont)

Vermont

Code postal *

(Veuillez utiliser un code postal à 5 chiffres commençant par 05)

Adresse électronique *

Numéro de téléphone*

Contactez-moi par : *

☐

Téléphone

☐

E-mail :

☐

Téléphone ou courriel

Langue préférée *

☐

anglais

☐

Langue des signes américaine (ASL)

☐

arabe

☐

birman

- ☐ dari
- ☐ français
- ☐ maay maay
- ☐ népalais
- ☐ pashto
- ☐ somal
- ☐ espagnol
- ☐ swahili
- ☐ Autre :

Quels sont vos pronoms ?

- ☐ Elle
- ☐ Il
- ☐ Ils/elles
- ☐ Préfère ne pas répondre
- ☐ Autre :

Quels sont les jours appropriés de la semaine pour fixer un rendez-vous avec vous ? *

(Cochez toutes les réponses appropriées)

- ☐ Lundi
- ☐ Mardi
- ☐ Mercredi
- ☐ Jeudi
- ☐ Vendredi
- ☐ N'importe quel jour

À quel moment peut-on fixer un rendez-vous avec vous ? *

(Cochez toutes les réponses appropriées)

- ☐ Matin
- ☐ Après-midi
- ☐ N'importe quelle heure

Comment avez-vous entendu parler du programme WIC ? *

(Cochez toutes les réponses appropriées)

- ☐ Famille ou ami
- ☐ Prestataire de soins de santé
- ☐ Recherche sur Internet ou sur Facebook
- ☐ Autre organisation
- ☐ Publicité
- ☐ SMS concernant le WIC
- ☐ Autre :

Veillez soumettre le formulaire dûment renseigné à l'adresse :

WIC@vermont.gov

Je sais que le Département de la Santé du Vermont partagera les informations fournies avec l'agence locale WIC afin de vérifier mon éligibilité au programme WIC. Pour de plus amples informations concernant la confidentialité des données et leur transmission électronique veuillez consulter la politique de confidentialité du Vermont.

En outre, je reconnais qu'en soumettant ces informations, mon inscription au programme WIC n'est pas automatiquement garantie.

Pour tous les autres programmes d'aide à la nutrition du FNS, les organismes étatiques ou locaux et leurs sous-bénéficiaires doivent afficher l'énoncé de non-discrimination suivant :

Conformément à la législation fédérale en matière de droits civils et aux réglementations et politiques en matière de droits civils du département de l'Agriculture des États-Unis (USDA), cette institution n'est en aucun cas autorisée à faire preuve de discrimination fondée sur la race, la couleur de peau, l'origine nationale, le sexe (y compris l'identité de genre et l'orientation sexuelle), le handicap, l'âge ou encore les actes de représailles ou de vengeance en lien avec une activité antérieure en matière de droits civils.

Les informations sur les programmes peuvent être disponibles dans d'autres langues que l'anglais. Les personnes handicapées qui ont besoin d'autres moyens de communication pour obtenir des renseignements sur le programme (p. ex. braille, gros caractères, bande sonore, langue des signes américaine) doivent communiquer avec l'agence étatique ou locale responsable de l'administration du programme ou le Centre TARGET de l'USDA au (202) 720-2600 (voix et TTY) ou contacter l'USDA par l'entremise du Federal Relay Service au (800) 877-8339.

Si vous souhaitez déposer une plainte pour discrimination en lien avec le programme, nous vous invitons à remplir le formulaire AD-3027, Formulaire de plainte pour discrimination en lien avec le programme de l'USDA (Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form), disponible en ligne à l'adresse suivante :

<https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-french.pdf>, ou auprès de n'importe quel bureau de l'USDA, en appelant le (866) 632-9992, ou par voie postale en adressant une lettre à l'USDA. Il est important de mentionner dans la lettre le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du plaignant, ainsi qu'une description écrite de l'acte discriminatoire allégué suffisamment détaillée pour informer le Secrétaire adjoint aux Droits civils (ASCR) de la nature et de la date d'une infraction présumée aux droits civils. Le formulaire ou la lettre AD-3027 dûment rempli doit être soumis à l'USDA par :

- (1) **voie postale :**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410 ; ou
- (2) **fax :**
(833) 256-1665 ou (202) 690-7442 ; ou
- (3) **e-mail :**
program.intake@usda.gov

Cette institution est un prestataire qui adhère au principe de l'égalité des chances.