



ACCORD D'ÉLIGIBILITÉ

Nom : _____ Date de Naissance ____/____/____

Parent / Tuteur : _____ N° ID de la Famille _____

En signant mon nom, je certifie ce qui suit :

- ✓ J'ai lu et compris les « Droits et Responsabilités » en tant que participant à WIC.
- ✓ Je comprends que mon nom, le nom, l'adresse, le numéro de téléphone et la date de naissance de mon enfant peuvent être donnés par le personnel de WIC aux programmes suivants afin de déterminer l'admissibilité de ma famille à la coordination des soins avec des services supplémentaires :
 - Département de l'Assistance Transitionnelle - Avantages du Programme d'Assistance Nutritionnelle Supplémentaire (SNAP, comme en anglais)
 - Programme Head Start / Early Head Start
 - Département de la Santé Publique - Programme de Prévention du Saturnisme Infantile
- ✓ Je comprends qu'en tant que femme post-partum, mon adresse et / ou mon numéro de téléphone peuvent être donnés au Système de Surveillance de l'Évaluation des Risques de Grossesse du Département de la Santé Publique pour m'inviter à répondre à une enquête sur la grossesse.

Ces Programmes utiliseront mes informations WIC uniquement pour WIC et leur Programme. Ils ne divulgueront pas mes informations WIC à des tiers sans mon autorisation écrite ou conformément à la loi. Ces programmes ont accepté de garder mes informations WIC confidentielles.

AVERTISSEMENT : LE DROIT DE L'ÉTAT DÉCLARE QUE : MGL c. 266, 67B, FAUX, Plaintes Fictives ou Frauduleuses Adressées au Commonwealth ou à la Municipalité. Quiconque fait ou présente à un employé, un département, une agence ou une institution publique du Commonwealth ou de toute subdivision politique de celui-ci, une plainte sur ou contre un département, une agence ou une institution publique du Commonwealth, ou toute subdivision politique de celui-ci, en connaissance de cette plainte être fausse, fictive ou frauduleuse, sera puni d'une amende d'au plus deux mille dollars ou d'un emprisonnement dans la prison d'État pour pas plus de cinq ans, ou dans la maison de correction pour pas plus de deux ans et demi, ou les deux. **La fraude criminelle (fausse déclaration d'informations pour recevoir des prestations WIC) en vertu de la loi fédérale impose une amende allant jusqu'à 25 000 \$ ou jusqu'à cinq ans de prison, ou les deux.**

J'ai fourni les informations correctes pour déterminer mon éligibilité (identité, résidence, taille du ménage de _____, revenu brut du ménage de tous les membres actifs, pension alimentaire pour enfants, revenus de location et toute autre source de revenus).

Je comprends que publier des préparations / aliments WIC sur Internet via Craigslist, Facebook, etc. dans le but de vendre des avantages WIC, échanger ou donner des préparations / aliments WIC entraînera ma disqualification ou celle de mon enfant pour une durée maximale d'un an et une action légale en remboursement de la valeur en espèces de ces avantages.

Je comprends que je dois retourner toutes les préparations / aliments WIC non utilisés à la clinique WIC.

J'informerai le personnel de WIC si je reçois une préparation de MassHealth ou d'autres compagnies d'assurance.

Le personnel de WIC peut vérifier les informations que j'ai fournies pour la détermination de l'éligibilité.

Participant / Parent / Tuteur / Représentant : _____

Initiales du Personnel : _____

Date : ____/____/____

OPPORTUNITÉ DE S'INSCRIRE POUR VOTE - FORMULAIRE DE DÉCLINATION

Partie A

Si vous n'êtes pas inscrit pour voter là où vous vivez actuellement et que vous avez le droit de vous inscrire pour voter, souhaiteriez-vous demander à vous inscrire pour voter ici aujourd'hui ?

Oui

Non

Dé j'à inscrit là où j'habite maintenant

(Si vous êtes inscrit pour voter là où vous vivez actuellement et que vous n'avez pas changé d'adresse, il n'est pas nécessaire de vous inscrire pour voter à nouveau.)

Signature : _____

Date : ____/____/ ____

Signature du personnel : _____

Date : ____/____/ ____

Si vous ne cochez aucune case, vous serez considéré comme ayant décidé de ne pas vous inscrire pour voter pour le moment.

OPPORTUNITÉ DE S'INSCRIRE AUX ALERTES PAR E-MAIL - UNIQUEMENT POUR L'UTILISATION DU PROGRAMME LOCAL

Adresse e-mail : _____

Oui

Non

Dé j'à inscrit aux alertes par e-mail

Signature du personnel : _____

Date : ____/____/ ____

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



Eligibility Agreement - WIC Form # 121
Revised 04/2026 French