



## DERECHOS, RESPONSABILIDADES Y CONSENTIMIENTO DEL PARTICIPANTE EN WIC

### ¿Qué espera WIC de usted?

Sólo va a comprar los alimentos que aparecen en sus cheques de WIC y en la Lista de Alimentos Autorizados de Idaho (*Idaho Authorized Food List*) de un supermercado autorizado en Idaho.

Sólo va a usar los alimentos de la(s) persona(s) en el programa. Si comparte la custodia de su(s) hijo(s), se tiene que asegurar que los beneficios del programa de los alimentos de WIC se compartan con su(s) hijo(s).

Va a cumplir con las reglas para los cheques de WIC/CVV indicadas en la Carpeta de Identificación de WIC de Idaho.

Usted puede asignar a otra persona para que use los cheques/CVVs de WIC. Se tiene que asegurar que esta persona sepa usar correctamente los cheques/CVVs de WIC.

Va a recibir los cheques de una sola clínica a la vez. Si se muda de casa o espera mudarse en el futuro cercano, tendrá que pedir un papel de transferencia.

Va a llegar a sus citas o va a llamar antes si tiene que cambiar su cita.

Va a tratar al personal de WIC y de la tienda con amabilidad y respeto.

### ¿Qué puede esperar usted de WIC?

*Las normas de elegibilidad y participación en el Programa WIC son las mismas para todos, independientemente de la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.*

*Puede apelar cualquier decisión que tome la agencia local con respecto de su elegibilidad al Programa.*

*La agencia local pondrá a su disposición los servicios de salud, educación en nutrición y apoyo para la lactancia, y se le recomienda que participe en estos servicios.*

El personal de WIC lo va a tratar con amabilidad y respeto.

Si califica para el programa WIC, va a recibir cheques/CVVs de WIC para comprar alimentos saludables. Usted entiende que WIC no proporciona todos los alimentos o la fórmula que se necesita en un mes.

### Entender mis derechos y responsabilidades:

- ◆ Voy a notificar a WIC de cualquier cambio en la información que yo proporcioné.
- ◆ Voy a llevar mi Carpeta de Identificación de WIC a cada cita de WIC y cuando utilice los cheque/CVV de WIC en un supermercado autorizado por WIC.
- ◆ No voy a regresar los alimentos de WIC al supermercado por dinero, crédito u otros artículos. No voy a vender, cambiar o regalar los cheques/CVVs de WIC o los alimentos de WIC, o bombas de pecho pagadas por WIC. Si lo hago, entiendo que a mi me pueden sacar el Programa WIC.
- ◆ No voy a alterar mis cheques/CVVs de WIC. Se me puede acusar de fraude.
- ◆ Si no cumplo con las reglas, doy declaraciones falsas, o no proporciono hechos sobre mi elegibilidad al Programa WIC, entiendo que a mi me pueden sacar el Programa WIC.
- ◆ Voy a reportar antes al personal de WIC la pérdida o el robo de mis cheques/CVVs de WIC aunque no me los puedan reponer. Si después encuentro los cheques/CVVs de WIC, ya no los voy a usar y voy a llamar a la oficina de WIC para preguntar qué hacer con ellos.
- ◆ Si no recojo los cheques/CVVs de WIC en dos citas consecutivas, puedo ser expulsado del programa.
- ◆ No voy a recibir alimentos de un Programa de Alimentos de Primera Necesidad Complementario (Commodity Supplemental Food Program) y de WIC al mismo tiempo.
- ◆ Si me mudo fuera del estado, entregaré en la nueva clínica del WIC mis cheques del programa WIC que no haya usado junto con el papel de transferencia que pedí en la anterior clínica del WIC.
- ◆ Me van a avisar cuándo y por qué se terminaron mis beneficios del programa WIC.

(más al reverso)

Por favor lea las declaraciones siguientes y firme para indicar que entiende y que está de acuerdo en seguir estas condiciones si se determina que usted y sus hijos son elegibles para participar en el Programa WIC de Idaho.

- ◆ Autorizo que me tomen la estatura y el peso y que se haga la prueba de sangre para la anemia para mí y mi hijo. Esto se hace para establecer la necesidad nutricional para el programa WIC.
- ◆ Autorizo al programa WIC de compartir la información sobre la elegibilidad (tal como el nombre, la dirección, nivel de ingresos y la fecha de nacimiento) mía y de mis hijos nombrados en este formulario con los patrocinadores de WIC locales, estatales y federales. Esta información también puede que sea compartida con los Programas de Medicaid y, SNAP y planificación de la familia del título X del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho para usarlos en referencias.
- ◆ Autorizo al programa WIC de compartir con estado de vacunación del Programa de Inmunizaciones para fines de referencia.
- ◆ Autorizo al programa WIC de usar información sobre la salud y de elegibilidad para recibir servicios de WIC y para evaluar la efectividad del programa, y supervisar y examinar el programa. Yo libero a estas agencias de cualquier responsabilidad relacionada a la liberación de información que he autorizado que sea liberada.
- ◆ Yo puedo revisar mi expediente y tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito a cualquier hora.
- ◆ Sus derechos y responsabilidades también se incluyen en el Idaho WIC Identification Folder.

◆ **Por favor marque abajo la casilla correspondiente respecto a cómo el programa WIC se comunicará con usted:**

- ◆  Autorizo o  no autorizo al programa WIC para dejar mensajes de correo de voz en el número de teléfono que proporcioné a WIC. Entiendo que los mensajes pueden contener información que incluye pero no se limita al nombre del programa WIC, nombre(s) del solicitante, participante y/o de la familia e información relacionada con las citas.
- ◆ Tengo el derecho a cambiar mi elección en cualquier momento mediante notificación a la clínica.

**Al firmar este formulario, usted acepta:**

- ◆ Se me ha informado de mis derechos y obligaciones en el Programa.
- ◆ Entiendo mis derechos y obligaciones y acepto cumplir con ellos.
- ◆ Certifico que la información que he proporcionado para determinar mi elegibilidad es la correcta según mi leal saber y entender.
- ◆ Este formato de certificación se presenta en relación con la asistencia Federal recibida. Los funcionarios del Programa pueden verificar la información en este formato.
- ◆ Entiendo que hacer una declaración falsa o engañosa o desvirtuar, ocultar o retener hechos intencionalmente puede causar el pago en efectivo a la agencia Estatal el valor de los beneficios de alimentos que se me hayan entregado incorrectamente y me pueden someter a un proceso civil o penal de acuerdo con la Ley Estatal y Federal.

X \_\_\_\_\_  
Firma del adulto responsable Fecha

X \_\_\_\_\_  
Firma de la persona autorizada Fecha

FID#: \_\_\_\_\_  
(For WIC Staff use only)

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.