DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Nombre: _____

Derechos y Responsabilidades

Siempre daré información correcta a WIC.

Tengo el derecho de ser tratado con respecto y trataré al personal de WIC y de las tiendos con respecto.

Tengo el derecho de presentar una queja si creo que he sido tratado injustamente.

Tengo el derecho de no estar de acuerdo con el personal de WIC en relación a mi elegibilidad solicitando una audiencia justa.

Utilizaré mis cheques de WIC correctamente.

Consentimiento

Permitiré al personal de WIC que me tome medidas de altura y peso.

Permitiré al personal de WIC que me pinche el dedo de la mano o del pie para extraer una muestra de sangre para evaluar el hierro.

Entiendo el consentimiento en caso de estar expuesto a HIV o Hepatitis B o C como me ha sido explicado.

Permiso de Compartir Información

Permitiré al personal de WIC que comparta información sobre mi o la salud de mi hijo y/o participación en WIC con:

1. otros proveedores de cuidado de salud
2. otros programas para averiguar si soy elegible, y/o
3. otras clínicas de WIC si me traslado a otro lugar

He leído mis derechos y responsabilidades. Entiendo que WIC es un programa Federal. Si miento o encubro hechos para recibir beneficios de WIC, puedo ser suspendido del Programa y puedo ser procesado bajo ley Estatal y Federal.

WIC es un Programa de Igualdad de Oportunidades. Si cree que ha sido tratado injustamente debido a su raza, color, origen nacional, edad, sexo o incapacidad, escriba inmediatamente al Secretary of Agriculture, Washington, D.C. 20250.

Firma	Fecha	Firma	Fecha
Firma	Fecha	Firma	Fecha
Firma	Fecha	Firma	Fecha
Firma	Fecha	Firma	Fecha

Copia blanca: Agencia Local
WIC-310S - Rev. 3/97

Copia Amarilla: Participante