

Derechos y Responsabilidades de los Participantes

Derechos

- Tengo derecho a ser tratado con respeto y trataré al personal de WIC y de la tienda con respeto.
- Tengo derecho a presentar una queja si siento que he sido tratado injustamente.
- Tengo derecho a estar en desacuerdo con el personal de WIC con respecto a mi elegibilidad pidiendo una audiencia justa.
- Tengo derecho a presentar una queja con respecto a una tienda.

Responsabilidades

- Soy responsable de usar mis beneficios de WIC correctamente.
- Entiendo que el no recibir beneficios de alimentos dentro de noventa (90) días a partir de la última fecha para usar los beneficios eWIC emitidos más recientemente dará lugar a mi terminación en el programa WIC.
- Actualmente no estoy recibiendo beneficios de WIC de otra clínica, distrito u otro estado o bajo otro nombre.
- Entiendo que tendré que reembolsar al programa por infracciones, tarifas y gastos adicionales, que yo/mi cuidador o sustituto pueda haber cometido.
- Entiendo que informaré a WIC si hay cambios en mi estado, por ejemplo, si tengo un aborto involuntario o si cambia la custodia de mis niños/bebés.
- Tengo autorización legal para proporcionar información de elegibilidad y dar consentimiento para el tratamiento médico del niño/bebé en la lista.
- Entiendo que vender, intercambiar o regalar algún beneficio WIC es una violación de los reglamentos federales y puede resultar en la descalificación del Programa WIC.
- Entiendo que no puedo beneficiarme personal o financieramente por intercambiar, vender o regalar beneficios del programa de alimentos de WIC.
- Entiendo que puedo ser requerido a proporcionar comprobante (recibo) al programa WIC de que los alimentos que vendo, intercambio o regalo no fueron comprados usando beneficios de WIC. (Ver Manual del Programa WIC para obtener información adicional).

Consentimiento

- Permitiré que se tomen mediciones del peso y altura míos y/o de mi hijo.
- Permitiré que se haga una punción del dedo de la mano/pie o talón para una muestra de sangre para verificar el nivel de hierro mío y/o de mi hijo.
- Entiendo que si algún empleado del Departamento de Salud de Virginia está expuesto a mi sangre u otros fluidos corporales, el Departamento tiene derecho a hacer pruebas de mi sangre por exposición a VIH, hepatitis B o C.

Manual del Participante

- He recibido mi manual del participante y entiendo que soy responsable de leerlo.

He sido informado de mis derechos y obligaciones bajo el Programa. Certifico que la información que he dado para mi determinación de elegibilidad es correcta, a mi mejor conocimiento. Este formulario de certificación se presenta en relación con la recepción de asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en este formulario. Entiendo que hacer una declaración falsa o engañosa intencionalmente o desvirtuar, ocultar o retener intencionalmente hechos puede resultar en tener que pagar a la agencia estatal, en efectivo, el valor de los beneficios de alimentos incorrectamente emitidos a mí y puedo ser sometido a un proceso civil o criminal bajo las leyes estatales y federales.

Firma del participante: _____ Número de familia: _____

Nombre en letra de molde: _____

Firma del personal haciendo la Determinación de Elegibilidad de Ingreso: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde /cargo: _____

Firma del CPA haciendo la Determinación del Riesgo Nutricional: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde /cargo: _____

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE.UU (USDA), USDA, sus organismos, oficinas y empleados, y las instituciones que participan en la administración de los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en cualquier actividad o programa llevado a cabo o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de signos americano, etc.), deben ponerse en contacto con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas o con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede ofrecerse en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja de discriminación en el programa, complete el Formulario de Queja de Discriminación en el Programa de USDA, (AD-3027) disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Enviar el formulario completado o carta al USDA:

- 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

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.