

Participant Complaint Against a Store Form WIC-345A-S

Purpose: To document complaints filed against stores.

Reference: PRR 04.1

Procedure: Complete the following for a complaint against a store.

1. Enter store name, Crossroads WIC ID System #, address of store and store telephone number.
2. Enter date and time problem occurred.
3. Enter cashier's name and description, race can be written in.
4. Include copy of receipt when available, if applicable product name and UPC.
5. Check all boxes that apply if necessary; write an account of what happened you may use a blank sheet of paper if necessary.
6. Check the appropriate space, indicating who filed complaint.
7. When applicable enter the participant's full name, address and contact information e.g. Phone number of person and email for follow-up and resolution.
8. Print the full name of the person filing complaint, check whether it is a participant or staff and enter the date filed.
9. Enter the family number and the local agency number of participant filing complaint, when applicable.
10. If you are filing the complaint your signature is required if the participant filing and is available have them sign the form that the "statements made are true".
11. For a quicker response you may fax or email the form to the Vendor Liaison assigned to your health district. If unknown email directly to WIC_Retailer@vdh.gov. The form may also be sent via USPS mail to State WIC Office, Vendor Team

Issuance: As needed.

Retention: In accordance with WIC policy ADM 11.0-Record Retention.

**Participant Complaint Against a Store Form
WIC-345A-S**

Nombre /Número de la Tienda: _____ Crossroads WIC ID #: _____

Dirección: _____

Ciudad / Estado: _____ Teléfono de la tienda () _____

Fecha del problema: _____ Hora del Problema: _____ AM / PM

Nombre del Cajero o Gerente: _____ Descripción Masculino Femenino Raza _____

Describir lo que pasó (Adjuntar recibo de pago o imagen de etiqueta del producto y/o UPC si está disponible o escribir el nombre del producto)

____ No pude comprar un artículo aprobado por WIC. ¿Se escaneó el artículo? Sí No

____ El cajero no permitió el artículo, me dijo que comprara una marca diferente o un artículo de menor valor.

____ No pude utilizar la tarjeta eWIC para comprar en la tienda, mensaje de error recibido beneficios disponibles.

____ El cajero o personal de la tienda fueron groseros al procesar mi pedido.

____ La tienda no usa etiquetas en los estantes para alimentos aprobados por WIC. Nombre del producto o UPC _____

Queja presentada por: _____ (Participante) (Personal de Agencia Local)

Dirección: _____ Ciudad / Estado: _____

Teléfono: () _____ Dirección de correo electrónico: _____

Mejor método para ponerse en contacto con usted: Correo electrónico Teléfono

Mejor hora para contactarlo: AM/PM _____

Correo electrónico de la agencia local _____ (requerido para recibir una actualización)

Las declaraciones que he hecho son verdaderas _____

Firma

Fecha

Número eWIC de la Familia: _____ Número de agencia local: _____

Dirección de correo:

State WIC Office, Vendor Compliance Team Manager

109 Governor Street, Ninth Floor

Richmond, VA 23219

Fax Number: (804) 864-7851 or 7854

Email: WIC_Retailer@vdh.gov

Participant Complaint Against a Store Form WIC-345A-S

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.
