

Participante Derechos y Responsabilidades

Derechos

- Tengo el derecho a que se me trate con respeto y trataré a WIC y al personal de la tienda con respeto.
- Tengo el derecho a presentar una queja si siento que me han tratado de manera injusta.
- Tengo el derecho a no estar de acuerdo con el personal de WIC con respecto a si reúno los requisitos solicitando una audiencia imparcial.
- 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/m i cuidador o sustituto pueda haber cometido.
- Entiendo que informare a WIC si hay cambios en mi estado, por ejemplo, si tengo un aborto involuntario o si cambia la custodia de mis niños/bebes.
- Tengo autorización legal para proporcionar información de elegibilidad y dar consentimiento para el tratamiento médico del niño/bebe 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

- Permito que se tomen tanto las medidas de estatura y peso mías como las de mi niño.
- Permito que se tomen muestras de sangre del dedo de la mano, del dedo del pie o el talón para verificar la concentración de hierro mía y la de mi hijo.
- Entiendo que, si cualquier empleado del Departamento de Salud de Virginia queda expuesto a mi sangre u otro líquido corporal, el Departamento tiene el derecho a analizar mi sangre en busca de exposición al VIH o a la hepatitis B o C.

Manual para participantes

- He recibido mi manual para participantes y entiendo que tengo la responsabilidad de leerlo.

Me han indicado mis derechos y responsabilidades bajo el Programa. Certifico que, a mi mejor saber y entender, la información que he suministrado, a fin de determinar mi elegibilidad, es completa y correcta. Este formulario de certificación se presenta en conexión con el recibo de asistencia federal. Los funcionarios del programa podrían verificar la información que aparece en este formulario. Entiendo que las declaraciones intencionales falsas o engañosas o falsificar, ocultar o no suministrar hechos de manera intencional podría resultar en tener que pagar a la entidad estatal, en efectivo, el valor de los beneficios de alimentos emitidos a mí de manera inapropiada y podrían dejarme sujeto a enjuiciamiento criminal según las leyes estatales y federales.

Firma del participante: _____ Numero de familia: _____

Nombre en letra de molde: _____

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

Nombre en letra de molde /cargo: _____

WIC-310S

Participant's Rights and Responsibilities Spanish

Rev.12/22

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 medias alternativas de comunicación para la información del programa (Braille, tetra 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 o 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/complaintfilingcust.html>, 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.