

Formulario de Divulgación de Información del Participante

- Permitiré que WIC comparta información sobre la salud de mi hijo, mi salud, y/o mi participación en el WIC con:
 1. Otros programas incluyendo, pero no limitado al Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia, Departamento de Servicios Sociales de Virginia, Servicios de Salud Mental de Virginia, para averiguar si soy elegible, y/o
 2. El Oficial de Salud del Estado (o de la autoridad de gobierno, en el caso de una Agencia Estatal indígena) para que usen en relación con su participación en el Programa WIC para propósito ajenos a WIC
 3. Los proveedores de atención de salud del participante
- Permitiré que WIC comparta información de las vacunas e información médica de mi hijo y/o mi participación en el WIC con:
 1. Otras agencias de salud para propósitos de vacunación/remisión médica. Entiendo que este no es un requisito para recibir WIC y puedo elegir no compartir esta información con otras agencias.
 2. Programas de WIC en otros estados para facilitar la transferencia de elegibilidad de WIC.
- No permitiré que WIC comparta información de las vacunas e información médica de mi hijo y/o mi participación en el WIC con:

Firma del participante: _____ Numero Familia: _____

Nombre en letra de molde: _____

— 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, letra grande, cinta de audio, lenguaje de signos americana, 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 a! (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