

## 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 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 participan

☐ Permitiré que WIC comparta información sobre las vacunas / información médica de mi hijo/a y/o mi Participación de 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.

Firma del participante: -----Número de identificación familiar: -----

Nombre en letra de molde: -----

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del USDA, el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar/parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todas las bases se aplican a todos los programas). Los plazos de presentación de recursos y quejas varían según el programa o el incidente. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA, AD-3027, que se encuentra en línea en [Cómo presentar una queja por discriminación en el programa](#) y en cualquier oficina del USDA o escriba una carta dirigida al 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. Envíe su formulario o carta completa al USDA de la siguiente manera: Correo: Departamento de Agricultura de EE. UU., Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410, Washington, D.C. 20250-9410; Fax: (202) 690-7442; o Correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.