



Estado de Connecticut
Departamento de Saúde Pública
Programa WIC

AVISO DE ACÇÃO DO PARTICIPANTE

Data do aviso: _____

NOME	ID WIC ou DOB
MORADA	
CIDADE/ZIP	TELEFONE () -

SECÇÃO DE INELIGIBILIDADE/RESCISÃO

- Você ou seu bebé/filha/o não são elegíveis para o Programa WIC pelos seguintes motivos:
- Você ou sua/seu filha/o não são mais elegíveis (rescindidos) do Programa WIC pelos seguintes motivos:
 - A receita é muito alta para o Programa WIC.
 - Não está em uma categoria elegível para WIC (grávida, no pós-parto, lactente ou criança de até 5 anos de idade).
 - Mulher no pós-parto 6 meses após a data do parto.
 - Mulher que amamenta que interrompeu a amamentação antes de um ano.
 - Mulher amamentando que atingiu o limite de elegibilidade do WIC de 12 meses.
 - Criança completando cinco (5) anos.
 - Não tem uma condição médica/nutricional de saúde.
 - A consulta de certificação do programa foi perdida.
 - Retirada voluntária do programa.
 - Outros _____

SECÇÃO DE DESQUALIFICAÇÃO

Você está sendo suspenso do Programa WIC por _____ porque violou a(s) seguinte(s) regra(s) do Programa WIC:
(Duração de tempo)

SECÇÃO DE AUDIÊNCIA JUSTA

Você tem direito a uma audiência justa se não concordar com o motivo de sua ineligibilidade, rescisão ou desqualificação. A solicitação de uma audiência justa deve ser feita dentro de 60 dias a partir da data deste aviso. Os pedidos de audiência justa devem ser dirigidos a:

State of Connecticut - Department of Public Health-WIC Program

Attention: State WIC Director

410 Capitol Avenue MS # 11WIC

P.O. Box 340308

Hartford, CT 06134-0308

A equipa local do Programa WIC o ajudará a preparar o formulário de solicitação de audiência justa se solicitar ajuda. As regras escritas para audiências justas estão incluídas no formulário de solicitação de audiência justa

ASSINATURA DO PARTICIPANTE/PAGADOR

ASSINATURA/TÍTULO DO REPRESENTANTE DO PROGRAMA WIC

De acordo com as leis de direitos civis federais e os regulamentos e políticas de direitos civis do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA), o USDA, suas agências, escritórios e funcionários e instituições que participam ou administram programas do USDA estão proibidos de discriminar com base na raça, cor, nacionalidade, sexo, deficiência, idade ou represália ou retaliação por atividades anteriores de direitos civis em qualquer programa ou atividade conduzida ou financiada pelo USDA. As pessoas com deficiência que requerem meios alternativos de comunicação para obter informações sobre o programa (por exemplo, Braille, letras grandes, fita de áudio, linguagem de sinais americana, etc.), devem entrar em contacto com a Agência (estadual ou local) onde se candidataram aos benefícios. Indivíduos surdos, com deficiência auditiva ou com deficiência de fala podem entrar em contacto com o USDA por meio do Federal Relay Service pelo telefone (800) 877-8339. Além disso, as informações do programa podem ser disponibilizadas em outros idiomas além do inglês. Para registar uma reclamação de discriminação de programa, preencha o formulário de reclamação de discriminação do programa USDA, (AD-3027) encontrado online em: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf> e em qualquer escritório do USDA, ou escreva uma carta endereçada ao USDA e forneça na carta todas as informações solicitadas no formulário. Para solicitar uma cópia do formulário de reclamação, ligue (866) 632-9992. Envie seu formulário preenchido ou carta para o USDA até: (1) correio: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights (Departamento de Agricultura dos EUA, Escritório do Secretário Adjunto para Direitos Civis), 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442 ou (3) e-mail: program.intake@usda.gov. Esta instituição é um provedor de oportunidades iguais