



**Departamento de Salud Pública de Connecticut
Programa WIC**

NOTIFICACIÓN DE TERMINACIÓN

Fecha de Notificación: _____

NOMBRE	Número de Identificación o Fecha de Nacimiento
DIRECCIÓN	
CIUDAD/CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO ()
<p>SECCIÓN PARA SOLICITANTES INELEGIBLES/TERMINACIÓN</p> <p><input type="checkbox"/> Usted o su hijo(a) no son elegibles para el Programa WIC por las razones siguientes:</p> <p><input type="checkbox"/> Usted o su hijo(a) han dejado de ser elegibles (dados de baja) para el Programa WIC por las razones siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ingresos demasiado altos para el Programa WIC. <input type="checkbox"/> No pertenece a una categoría elegible de WIC (mujer embarazada, postparto, madre lactante, hijo(a) de hasta 5 años de edad). <input type="checkbox"/> Mujer postparto después de 6 meses de la fecha del parto. <input type="checkbox"/> Interrumpió la lactancia antes del primer año. <input type="checkbox"/> Madre lactante que alcanzó el límite de 12 meses establecido bajo los requisitos del Programa WIC. <input type="checkbox"/> Hijo(a) que va a cumplir cinco (5) años de edad. <input type="checkbox"/> No presenta una condición clínica ni trastorno de salud nutricional. <input type="checkbox"/> Faltó a la cita de certificación/re-certificación. <input type="checkbox"/> Se retiró voluntariamente del programa. <input type="checkbox"/> Otro: _____ 	
<p>SECCIÓN SOBRE DESCALIFICACIÓN</p> <p>Se le descalifica del programa WIC durante _____ porque usted infringió la(s) siguiente(s) regla(s) del Programa WIC: (periodo de tiempo)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>SECCIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL</p> <p>Usted tiene derecho a una audiencia imparcial si no está de acuerdo con las razones que determinan su inelegibilidad, terminación or descalificación. Usted deberá presentar una petición de audiencia imparcial dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha de notificación. Las peticiones se deben enviar a:</p> <p>State of Connecticut – Department of Public Health – WIC Program Attention: State WIC Director 410 Capitol Avenue MS #11 WIC P.O. Box 340308 Hartford, CT 06134-0308</p> <p>El personal del Programa de WIC local le ayudará a rellenar el formulario de petición de audiencia imparcial si usted lo solicita. El formulario incluye las normas para la petición de audiencias imparciales.</p>	
<p>_____</p> <p>FIRMA DE LA PARTICIPANTE</p>	<p>_____</p> <p>FIRMA/TÍTULO DEL REPRESENTANTE DE WIC</p>

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: https://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (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 que ofrece igualdad de oportunidades.