

Número de Familia \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

**Derechos y Responsabilidades del Participante del WIC  
(Programa Especial de Nutrición Suplementaria Para Mujeres, Infantes y Niños)**

1. La información recopilada sobre usted se puede usar para evaluación del programa o se puede compartir con otros programas u organizaciones para coordinar los servicios de atención de la salud.
2. A fin de realizar algunos referidos, es posible que debamos compartir su nombre o información de contacto con organizaciones externas. Solicitaremos su permiso especial cuando debamos compartir su nombre o información de contacto con alguien externo al Programa WIC.
3. *Yo entiendo y estoy de acuerdo en que cualquier registro, datos, u otra información en cuanto a mí o mi hijo que ha sido obtenida por esta oficina local de WIC, será tratada por el programa WIC en conformidad con las pólizas de confidencialidad y privacidad de WIC. Se me ha provisto con una copia de este documento. Más aún, yo entiendo y estoy de acuerdo con permitirle al Programa WIC el compartir mi registro, datos u otra información acerca de mí o de mi hijo con el propósito de determinar elegibilidad para el programa 'Early Head/Head Start' y para su coordinación. Iniciales \_\_\_\_\_ Rehusar*
4. *Yo entiendo y estoy de acuerdo que el Programa WIC comparta mi expediente, datos u otra información acerca de mi o de mis hijos con el propósito de determinar elegibilidad o coordinación para el **Mercado de Agricultores**. Iniciales \_\_\_\_\_ Rehusar*
5. La agencia local pondrá a su disposición servicios de salud y educación nutricional y se le anima a que participe en estos servicios.
6. Los estándares para participar en el programa WIC son los mismos para todos. De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; o (2) fax: (833)256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov) Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.
7. Puede apelar las decisiones tomadas por la agencia local sobre su elegibilidad para el WIC.
8. Le animamos a que venga a sus citas WIC para que pueda recibir regularmente sus beneficios de alimentos de WIC. Si no viene a las citas, sus beneficios WIC no serán emitidos. Si no se han emitido sus beneficios por dos meses antes del día en que termina la certificación suya o de su niño(a), entonces este sería el aviso de 15 días antes de su terminación del programa. Puede que necesite ser recertificado para empezar a recibir de nuevo los beneficios del Programa WIC.
9. **Los participantes del WIC que vendan o intercambien alimentos o fórmula comprados de manera privada (no comprados con un cheque del WIC) y que tengan la misma marca que los que el WIC les proporciona deben conservar los recibos de compra para demostrar, cuando lo soliciten los representantes del WIC, que no están vendiendo ni intercambiando alimentos o fórmula del WIC.**

Se me han informado mis derechos y responsabilidades conforme el programa. Certifico que la información que proporcioné para mi elegibilidad es correcta según mi leal saber y entender. Este formulario de certificación se presenta en relación con la recepción de asistencia federal. Es posible que los funcionarios del programa comprueben la información que este contiene. Comprendo que el uso indebido del programa o sus beneficios resultará en suspensión o descalificación. La agencia estatal puede requerir que pague el valor de los beneficios alimenticios que se me hayan brindado incorrectamente. Tales acciones pueden hacerme pasible de acusaciones civiles o penales conforme las leyes estatales y federales. El uso indebido incluye, entre otros, realizar deliberadamente una declaración falsa o engañosa; intencionalmente distorsionar, ocultar o retener hechos; **ofrecer vender, comerciar o donar alimentos suplementarios del WIC o la venta, el comercio o la donación reales de estos alimentos.**

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del participante, el padre o el tutor \_\_\_\_\_