

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 algunas derivaciones, 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 _____ Decline*
4. La agencia local pondrá a su disposición servicios de salud y educación nutricional y se le anima a que participe en estos servicios.
5. Los estándares para participar en el programa WIC son los mismos para todos. 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, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, 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 con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando 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: http://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: correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.
6. Puede apelar las decisiones tomadas por la agencia local sobre su elegibilidad para el WIC.
7. **Los participantes del WIC que no retiren los cheques durante dos (2) meses seguidos serán quitados automáticamente el programa. Es posible que deba volver a presentar una solicitud (recertificar) para reiniciar o recibir los beneficios del WIC.**
8. **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 _____