DERECHOS, RESPONSABILIDADES Y CONSENTIMIENTO DEL PARTICIPANTE EN WIC

¿Qué espera WIC de mí?

Sólo voy a comprar los alimentos listados en mis cheques WIC y en la Lista de Alimentos de Idaho autorizado vigentes de cualquier proveedor autorizado por WIC de Idaho.

Sólo voy a usar los alimentos para las personas en el programa. Si comparto la custodia de mi(s) hijo(s), me voy a asegurar de compartir los beneficios de los alimentos de WIC con mi(s) hijo(s).

Voy a cumplir con las reglas para los cheques/CVV WIC presentadas en el Fólder de Identificación de WIC de Idaho.

Puedo nombrar a otra persona para que uso los cheques/CVVs WIC. Me voy a asegurar de que esa persona sepa cómo usar correctamente los cheques/CVVs WIC.

Voy a recibir los cheques de una sola clínica a la vez. Si me cambio de casa, voy a pedir una tarjeta de transferencia.

Me voy a presentar a mis citas o, si necesito repreogramarla, llamaré antes.

Voy a tratar al personal de WIC y la tienda con amabilidad y respeto.

¿Qué puedo esperar de WIC?

Si califico para WIC, voy a recibir cheques/CVVs WIC para comprar alimentos sanos. Entiendo que WIC no proporciona todos los alimentos o fórmula necesarios para un solo.

WIC me proporcionará información útil sobre una alimentación sana y una vida activa.

WIC proporcionará apoyo y ayuda en el caso de la lactancia.

WIC me dará información sobre cómo encontrar un médico y conseguir las vacunas para mi hijo. WIC me referirá a los demás servicios que necesito.

El personal de WIC me tratará con amabilidad y respeto.

Las reglas en WIC son iguales para todos.

Tengo el derecho de apelar contra las decisiones de elegibilidad por solicitar una audiencia justa dentro de un plazo de 60 días.

Entender mis derechos y responsabilidades:

- Toda la información que proporciono es fiel y precisa. El personal de WIC puede verificar esta información. Le avisaré al personal de WIC de cualquier cambio de dirección o número telefónico.
- Voy a llevar mi Fólder de Identificación de WIC a cada cita de WIC y cada vez que use un cheque/CVV WIC a un WIC autorizados de tienda de autoservicio.
- No voy a regresar alimentos de WIC a la tienda de autoservicio por dinero, crédito u otros artículos. No voy a vender, cambiar o regalar cheques/CVVs WIC u otros alimentos WIC.
- No voy a alterar mis cheques/CVVs WIC. Me pueden acusar de fraude.
- WIC es un programa federal. Si no cumplo con las reglas, hago falsas declaraciones, miento, oculto o retengo intencionalmente hechos acerca de mi elegibilidad para el programa WIC, entiendo que:
  - Nos pueden sacar del WIC a mi hijo o a mí.
  - Voy a tener que regresar el dinero a WIC por los alimentos y la fórmula que no debí haber recibido.
  - Me pueden acusar de un delito civil o penal según la ley estatal o federal.
- Voy a reportar al personal de WIC los cheques/CVVs perdidos o robados aún cuando no se puendan reponer. Si después encuentro los cheques/CVVs WIC, no los voy a usar y voy a llamar a la oficina de WIC para preguntar qué hacer con ellos.
- Si no recojo los cheques/CVVs WIC en dos citas consecutivas, me pueden sacar el programa.

(más al reverso)

- No voy a recibir alimentos del Commodity Supplemental Food Program y de WIC al mismo tiempo.
- Me van a avisar cuándo y por qué se terminaron mis beneficios del programa WIC.

Por favor lea las declaraciones siguientes y firme para indicar que entiende y que está de acuerdo en seguir estas condiciones si se determina que usted y sus hijos son elegibles para participar en el Programa WIC de Idaho.

- Autorizo que me tomen la estatura y el peso y que se haga la prueba de sangre para la anemia para mí y mi hijo. Esto se hace para establecer la necesidad nutricional para el programa WIC.
- Autorizo al programa WIC de compartir la información sobre la elegibilidad (tal como el nombre, la dirección y la fecha de nacimiento) mía y de mis hijos nombrados en este formulario con los patrocinadores de WIC locales, estatales y federales. Esta información también puede que sea compartida con los Programas de Medicaid y de los Cupones de Alimentos del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho para usarlos en referencias.
- Autorizo al programa WIC de compartir con estado de vacunación del Programa de Inmunizaciones para fines de referencia.
- Autorizo al programa WIC de usar información sobre la salud y de elegibilidad para recibir servicios de WIC y para evaluar la efectividad del programa, y supervisar y examinar el programa. Yo libero a estas agencias de cualquier responsabilidad relacionada a la liberación de información que he autorizado que sea liberada.
- Yo puedo revisar mi expediente y tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito a cualquier hora.
- Sus derechos y responsabilidades también se incluyen en el Idaho WIC Identification Folder.
- **Por favor <u>marque abajo la casilla correspondiente</u> respecto a cómo el programa WIC se comunicará con usted:**
  - ☐ Autorizo o ☐ no autorizo al programa WIC para dejar mensajes de correo de voz en el número de teléfono que proporcioné a WIC. Entiendo que los mensajes pueden contener información que incluye pero no se limita al nombre del programa WIC, nombre(s) del solicitante, participante y/o de la familia e información relacionada con las citas.
  - Tengo el derecho a cambiar mi elección en cualquier momento mediante notificación a la clínica.

Al firmar este formulario, usted acepta:

- A usted le han explicado sus derechos y responsabilidades para participar en WIC.
- Entiende sus derechos y responsabilidades.
- Acepta cumplir con ellos.

X _____

Firma del adulto responsable **Fecha**

X _____

Firma de la persona autorizada **Fecha**

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar or paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales). Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el USDA Program Discrimination Complaint Form (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov. Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service (servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (en español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades..