

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_

FID# \_\_\_\_\_

Fecha de Certificación: \_\_\_\_\_

PID# \_\_\_\_\_

Notificación de sus derechos y responsabilidades como participante de WIC

1. Normas de elegibilidad y participación son las mismas para todos sin importar raza, color, origen nacional, edad, sexo o discapacidad.
2. Podré apelar cualquier decisión tomada por la agencia local con respecto a mi elegibilidad o la de mis niños/niñas.
3. Recibiré información nutricional, y referidos para servicios de salud. Me animo a participar en estos servicios.
4. Recibiré instrucciones que me enseñan cómo usar los cheques de WIC.
5. Asistiré a mis citas de WIC. Si no recojo mis cheques de WIC durante tres (3) meses consecutivos, es posible que se me dé de baja del programa.
6. Sólo participaré en una clínica de WIC a la vez. Entiendo que es ilegal estar inscrito en más de una clínica al mismo tiempo, ya sea en Pennsylvania o en otro estado. Recibir cheques de WIC de dos clínicas de WIC o de dos estados durante el mismo mes resultará en mi descalificación del programa.
7. Los participantes de WIC que venden o intercambian alimentos o fórmula comprados en forma privada (no comprados con un cheque de WIC) que son idénticos a los alimentos o fórmula recetados por el programa de WIC deben retener los recibos de venta de esos artículos para documentar, a solicitud del programa de WIC, que no están vendiendo o intercambiando alimentos o fórmula proporcionados por el programa de WIC.
8. Usted tiene el derecho de presentar una queja contra la tienda que le vendió los alimentos de WIC poniéndose en contacto con el Coordinador de la Agencia Local. Usted puede elegir permanecer en el anonimato.
9. Todos los solicitantes y personas potencialmente elegibles están protegidos bajo la ADA o la Sección 504. Si usted cree que sus derechos han sido violados, tiene el derecho de presentar una queja. Si tiene alguna pregunta sobre estas protecciones o cómo presentar una queja, comuníquese con el coordinador de la Agencia Estatal al (717) 783-1289.

He leído mis derechos y responsabilidades. Juro que la información que le he dado a WIC es correcta a mi leal saber y entender. Este formulario se presenta en relación con el recibo de asistencia federal. WIC puede verificar cualquier información en este formulario. Entiendo que dar información falsa o engañosa puede resultar en el reembolso a WIC, en efectivo, del valor de los beneficios de alimentos que me han sido otorgados indebidamente. Además, puedo estar sujeto a procesamiento civil o penal bajo las leyes estatales y federales. Entiendo que la Secretaria de Salud puede permitir que se divulgue la información que he dado a WIC a otros programas como CHIP, Asistencia Médica, SNAP, Desayuno Escolar y Almuerzo Escolar. La información sólo se usará para determinar mi elegibilidad para estos programas. Entiendo que mi archivo o el archivo de mi hija(o) puede ser revisado por un auditor externo (no perteneciente a WIC) como parte de la auditoría anual de WIC. Toda la información es confidencial.

Verifico que he recibido, leído y estoy de acuerdo en seguir las reglas del programa WIC.

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante/Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de CPA y fecha del título

\_\_\_\_\_  
Fecha de verificación de entrada de datos

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 por razón 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: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) 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](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.