



SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

PARA RECIBIR BENEFICIOS DEL PROGRAMA WIC, ACEPTO LO SIGUIENTE:

- Mostrar pruebas de ingresos, dirección e identificación.
- Otorgar información acerca de mi historial médico (o de mi hijo/a) y los alimentos que ingiero (o que ingiere mi hijo/a).
- Permitir que se verifique mi altura y mi peso y que se analice mi sangre mediante punción en el dedo o el talón (o que se verifique la altura y el peso de mi hijo/a y se analice su sangre mediante el mismo método).

ME COMPROMETO A LO SIGUIENTE:

- Dar información al Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (Nutrition Program for Women, Infants and Children, WIC) que sea verdadera y correcta según mi leal saber y entender. El personal del programa WIC puede corroborar esta información.
- Llamar a la oficina del programa WIC de inmediato en caso de que pierda mi tarjeta eWIC o de que alguien la robe.
- Solo comprar alimentos autorizados por WIC con mi tarjeta eWIC.
- Informar al personal del programa WIC si no puedo asistir a una cita o si realizo cambios de dirección o número telefónico.
- Ser eliminado del programa si no recibo beneficios de alimentos durante dos meses seguidos.
- Tratar con respeto al personal del programa WIC y al personal de la tienda de comestibles.

ENTIENDO QUE:

- Todas las personas que solicitan beneficiarse del programa reciben el mismo trato sin importar su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.
- Tengo derecho a presentar una queja si siento que se me trata de manera injusta.
- Tengo derecho a una audiencia justa si discrepo con el personal del programa WIC en cuanto a mi elegibilidad (dentro de los siguientes 60 días).
- El programa WIC me brindará servicios de salud, educación nutricional y apoyo con la lactancia, disponibles para mí, y me alienta a recibir estos servicios.
- Los alimentos del WIC son para mí y/o mi hijo/a y no debo compartirlos con otras personas.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

Entiendo que el Funcionario de Salud del Estado permite que cierta información sobre mí y mis hijos se comparta con otros programas que ofrecen servicios a familias similares a las que participan en el programa WIC. Esto facilita que mi familia reciba otros servicios si así lo decido (por ejemplo, para ver si soy elegible y agilizar el proceso de solicitud), me permite conocer más sobre estos programas y contribuye a mejorar la salud, la educación y el bienestar de mi familia. Permitiré que el programa WIC comparta información (únicamente nombre, fecha de nacimiento, dirección, número telefónico, ingresos, altura, peso, hemoglobina, estatus de inmunización y horarios de citas) acerca de mí o mi hijo/a solamente con estos programas. Comprendo que algunos datos de salud del WIC pueden utilizarse para evaluar si el programa WIC y el Servicios Humanos y de Salud de Dakota del Norte satisfacen las necesidades de cuidado de la salud de los participantes. El personal de WIC me ha preguntado si presto o no mi consentimiento para divulgar información a mi proveedor de atención médica. Esta información se registra en la entrevista de nutrición en el sistema de WIC. Mi consentimiento o denegación (sí o no) no afecta mi elegibilidad para WIC. No puede entregarse ninguna otra información a nadie sin mi consentimiento.

He leído mis derechos y responsabilidades. Reconozco que el programa WIC es un programa federal y que si miento u oculto hechos para obtener beneficios del programa WIC, vendo, intercambio o regalo mis alimentos o fórmula infantil del WIC, dejo de asistir al WIC durante dos meses consecutivos, participo en más de un programa WIC en cualquier mes individual (la participación doble es ilegal) o maltrato verbal o físicamente al personal del programa WIC o al personal de la tienda, es posible que se me expulse del programa, se me pida que pague el valor de la comida asignada y se me procese conforme a la ley federal y estatal.

Si usted no está de acuerdo con la decisión que se tomó acerca de su elegibilidad para el programa WIC, puede solicitar una audiencia justa.

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; or

(2) fax:

(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico:

program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.