

Derechos y responsabilidades del programa

Nombre del participante: _____ N.º de identificación de WIC: _____ Fecha: _____

ELEGIBILIDAD

- Participa en Medicaid, TANF o SNAP Tarjeta VOC válida
- Elegibilidad presunta (Medicaid, TANF o SNAP) Ingresos brutos del hogar dentro de los límites de ingreso de WIC

Documentos utilizados para la prueba de ingresos: _____ Frecuencia: Semanal Quincenal Mensual

Monto: _____ Bimensual Otro

Documento que se utiliza para la identificación personal: _____

Documento que se utiliza para la prueba de residencia: _____

CERTIFICO QUE HE RECIBIDO UNA TARJETA eWIC (SI ES APLICABLE)

HARÉ LO SIGUIENTE:

1. Informaré al personal de WIC si no puedo acudir a mi cita, antes de faltar.
2. Informaré al personal de WIC si hay cambios en mi estado de elegibilidad.
3. Llevaré mi prueba de identificación a cada visita a la clínica WIC.
4. Utilizaré la tarjeta eWIC correctamente. Haré lo siguiente:
 - Mantendré mi tarjeta eWIC limpia, alejada de imanes y dispositivos electrónicos y no la dejaré en la luz solar directa.
 - Protegeré mi tarjeta eWIC y mi PIN.
 - Seré cuidadoso al compartir mi tarjeta eWIC y mi PIN.
 - Los beneficios de alimentos no serán reemplazados si mi tarjeta eWIC fue utilizada indebidamente por cualquier persona a la que le haya dado mi tarjeta eWIC o PIN.
 - Informaré al personal de WIC si mi tarjeta eWIC se pierde o me la roban.
5. Compraré solo los alimentos de mi lista de compras. No se permiten sustituciones, vales o pagarés.
6. Enseñaré al segundo progenitor o apoderado a usar la tarjeta eWIC correctamente. Soy responsable de sus acciones.
7. Informaré al personal de WIC sobre cualquier queja o problema acerca de la tienda.

NORMAS DE WIC

Puede que tenga que reembolsar el costo de los alimentos de WIC que recibí o puedo ser retirado de WIC o pueden tomarse acciones legales en mi contra si sucede lo siguiente::

1. No digo la verdad.
2. Intento participar o en efecto participo en más de un programa WIC al mismo tiempo.
3. Intento obtener o en efecto obtengo los beneficios de WIC con otro nombre.
4. Me inscribo a un niño, no en mi atención legal.
5. No acudo a mis citas de certificación.
6. Intento devolver o intercambiar o en efecto devuelvo o intercambio cualquiera de mis alimentos o leche de fórmula de WIC autorizados.
7. Intento vender o regalar o en efecto vendo o regalo mi tarjeta eWIC o cualquiera de mis beneficios de WIC (alimentos, leche de fórmula, extractores de leche). Esto incluye el ofrecimiento verbal o la publicación de una oferta en forma impresa o en línea.
8. Uso un lenguaje abusivo, amenaza o soy físicamente violento con la gente en la oficina de WIC o las tiendas de WIC.

RECUERDA

1. Las mediciones, entre ellas la altura, el peso y un análisis de sangre para la hemoglobina se llevarán a cabo como parte de la determinación de la elegibilidad de WIC.
2. Soy responsable de las acciones del segundo progenitor o apoderado.
3. Los beneficios eWIC son como dinero en efectivo. Los beneficios ya usados no serán reemplazados.
4. Los beneficios eWIC sólo pueden canjearse en las tiendas autorizadas de WIC.

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

Entiendo que la información proporcionada al programa WIC que identifica a una persona puede revelarse al personal de WIC, a la División de Salud Pública o a los funcionarios del USDA. También puede revelarse a los representantes designados por el Director de Salud Pública, a otros programas de salud y bienestar que dan servicio a los participantes de WIC, incluido el registro de vacunación de Delaware. Esta información se utiliza solo para evaluar la elegibilidad de los participantes de WIC para estos programas y con fines de divulgación.

EVALUACIÓN DE RIESGO DE EMBARAZO DE DELAWARE; REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

(Inicial) _____
(Fecha)

Autorizo al programa WIC a revelar mi información personal de contacto al equipo de evaluación de riesgo de embarazo de Delaware.

(Inicial) _____
(Fecha)

No autorizo al programa WIC a revelar mi información personal de contacto al equipo de evaluación de riesgo de embarazo de Delaware.

Se me ha informado acerca de mis derechos y obligaciones en virtud del programa. Certifico que la información que he proporcionado para mi determinación de elegibilidad es correcta, a mi mejor saber y entender. Este formulario de certificación se hace en relación con la recepción de asistencia federal. Los funcionarios del programa pueden verificar la información en este formulario. Entiendo que hacer una declaración falsa o engañosa intencionalmente o desvirtuar, ocultar o retener hechos intencionalmente puede dar lugar al pago a la agencia estatal, en efectivo, del valor de los beneficios de alimentos que se me proporcionaron incorrectamente y podría estar sujeto a un proceso civil o penal conforme a las leyes estatales o federales. Puedo apelar cualquier decisión tomada por la agencia local sobre mi elegibilidad para el programa. Llamaré a la clínica o la oficina de agencia estatal al 1-800-222-2189 si estoy en desacuerdo o si tengo alguna pregunta sobre cualquier decisión tomada en la clínica.

.....

De acuerdo con la ley federal y las reglamentaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color o país de origen (incluyendo dominio limitado del inglés), religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar / parental, ingresos provenientes de un programa de asistencia pública, creencias políticas, represalias o venganza por haber participado anteriormente en actividades relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevado a cabo o financiado por el USDA. (No todas las causas de discriminación prohibidas se aplican a todos los programas).

La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos al inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., braille, letra grande, cintas de audio y lenguaje de señas americano) deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones al 711 (voz y TTY).

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe completar el formulario AD-3027, el formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea, en <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632- 9992 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe tener el nombre, la dirección, el teléfono del reclamante y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al subsecretario de derechos civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 o la carta completos deben enviarse 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; o

(2) correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

Mi firma indica que entiendo las normas del programa WIC

_____ Participante/padre o tutor del participante (letra de imprenta)	_____ Participante/padre o tutor del participante (firma)	_____ Fecha
_____ Apoderado (letra de imprenta)	_____ Apoderado (firma)	_____ Fecha
_____ Nombre del personal de WIC (letra de imprenta)	_____ Nombre del personal de WIC (firma)	_____ Fecha