



Derechos y Responsabilidades del Participante del Programa WIC

Last Revised 9.22.2004



Usted tiene derecho a:

- ✓ Recibir educación en cuanto a la nutrición.
- ✓ Recibir información de otros servicios para la salud. Se anima a que usted use tales servicios.
- ✓ Recibir un trato justo y respetuoso de los empleados de WIC y de la tienda. Si usted siente que no se le ha tratado con respeto, hable con el supervisor de WIC.
- ✓ Solicitar una audiencia imparcial al director o supervisor de WIC, si es que usted no está de acuerdo con la decisión de su elegibilidad.

Usted tiene la responsabilidad de:

- ✓ Traer con usted el paquete de identificación cada que visita la clínica o va a la tienda.
- ✓ Tratar con respeto a los empleados de la clínica y de la tienda. No se acepta el abuso verbal o físico.

En la tienda

- ✓ Comprar únicamente lo que indica el vale o el folleto de alimentos de su tarjeta. No hacerle ningún cambio al vale.
- ✓ Cargar los vales sólo dentro de las fechas de primer día de uso y último día de uso.
- ✓ No aceptar cambio por el vale, ni pagar en efectivo o regresar los alimentos de WIC por crédito o por dinero.
- ✓ No vender o intercambiar los vales o alimentos de WIC por dinero.
- ✓ Saber que la firma del vale debe coincidir con la firma en el paquete de identificación de WIC.

En la clínica

- ✓ Recibir vales de sólo una clínica a la vez.
- ✓ Proveer información correcta al personal de WIC. Se pueden levantar cargos de fraude en contra de usted y quitar del programa por no decir la verdad.
- ✓ Mantener todas sus citas. Se le pudiese recordar de su cita por teléfono o con una tarjeta postal. Si usted pierde su cita y no se contacta con la clínica en dos meses seguidos, se le quitará del programa.
- ✓ Informar a los empleados de WIC si usted deja de amamantar, o si su ingreso, tamaño de su familia, dirección o teléfono cambia. Los cambios pudiesen modificar sus beneficios de WIC.
- ✓ Informar a los empleados de WIC si su paquete de identificación o los vales se le han perdido o fueron robados. No utilice los vales que fueron reportados perdidos. Toma 7 días para reemplazar los vales y el paquete de identificación.

El no informar de los cambios puede dar como resultado un reporte de abuso del participante y el reembolso de los beneficios de WIC.

✓ La información que WIC obtiene puede que se use para, determinar su elegibilidad en otros programas de salud, para compartir datos esenciales de su salud con los programas en los que usted ya es participante, y para evaluar en general la salud de las familias de Utah a través de estudios y reportes. Si necesita más información de tales programas pregunte a los empleados de WIC. Los programas incluyen:

- CASH (Programa de salud de el niño)
- Head Start
- Data Resources (Estudios de datos)
- Reproductive Health (Programas relacionados con el Embarazo)
- Medicaid
- Baby Your Baby

Esta certificación se realiza mediante el uso de fondos federales. Certifico que la información que he proporcionado es correcta. El personal del programa puede verificar toda la información que he presentado a la clínica. Yo se que cualquier reclamo falso hecho o dicho a propósito (por ejemplo: hacer una declaración falsa o intencionalmente falsificar, encubrir o guardar la verdad) puede dar como resultado que la agencia pida el reembolso en dinero en efectivo del valor de los alimentos que inapropiadamente se me dieron y puedo ser sujeto a un juicio civil o criminal bajo la ley Federal y Estatal.

Se me ha informado de mis derechos y responsabilidades. Entiendo que si no cumplo con tales, se me puede quitar del programa.

Certificación #1

Sírvase firmar aquí _____ Fecha _____

_____ Proxy #1 signature	_____ Proxy #2 signature
_____ Staff verifying income, residency, ID, proxy	_____ Date signed by staff

Certificación #2

Sírvase firmar aquí _____ Fecha _____

_____ Proxy #1 signature	_____ Proxy #2 signature
_____ Staff checking income/residency/ID/proxy	_____ Date signed by staff

Declaración del Endorsante Designando un Apoderado

Yo doy permiso a _____ de llevar a mis hijos, _____ a la clínica de WIC a ser certificados. Entiendo que se les tomará el peso, la estatura y una muestra pequeña de sangre la cuál detecta si el nivel de hierro es bajo. El/Ella también puede recoger y canjear mis vales de WIC durante éste período de certificación.

Sírvase firmar aquí _____ Fecha _____
Endorser Signature for Cert #1

Sírvase firmar aquí _____ Fecha _____
Endorser Signature for Cert #2

De acuerdo con la Ley Federal y las reglas del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA) en esta institución está prohibido la discriminación a base de raza, color, origen nacional, sexo, edad e incapacidad. (No todas las bases de prohibición aplican a todos los programas). Personas con incapacidad que requieren medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (sistema Braille, tipografía agrandada, cintas de audio, etc.) deben contactar al Centro TARGET de USDA, llamando al (202) 720-2600 (voz y TDD).

Para presentar una queja por discriminación, escriba a *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410*, o llamar al (202) 720-5964 (voz y TDD). *USDA* es empresario y proveedor de oportunidades con igualdad a todos.