

# 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.

### 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.

### 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.



# Derechos y responsabilidades del programa

## 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

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

\_\_\_\_\_ No autorizo al programa WIC a revelar mi información personal de contacto al equipo de evaluación de riesgo de embarazo de  
(Inicial) (Fecha) 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 conformidad con la Ley Federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de los derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan en los programas del USDA o que los administran tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o tomar represalias por actividades previas sobre derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja del programa por discriminación, completa el Formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que se encuentra 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 escribe una carta dirigida al USDA y proporciona en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llama al (866) 632-9992.

Envía el formulario o carta completos a USDA por medio de:

(1) correo postal: Departamento de Agricultura de los EE. UU.  
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles  
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.

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