



## Derechos y responsabilidades del participante – Spanish

Fecha en que se entregó carpeta con identificación

Fecha en que se entregó la lista de alimentos

Recibí el Folder de identificación del participante de WIC y la Lista de alimentos aprobados por WIC en las fechas indicadas arriba. Se me informó sobre los requisitos específicos enumerados en ambos casos.

Entiendo que la doble participación es ilegal y que solo puedo recibir beneficios WIC de una agencia local a la vez. Es importante que recoja los cheques de WIC cuando estén disponibles. Si no recojo los cheques **dentro de los 60 días** de la fecha en que estén disponibles esto causará que me descalifiquen del programa.

Puedo apelar cualquier decisión de la agencia local relacionada con mi elegibilidad para el Programa. La agencia local tendrá disponible para mí información sobre servicios de salud y nutrición y me alientan a participar en estos servicios.

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 sobre la base 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).

El jefe de salud del estado puede autorizar el uso y divulgación de la información sobre mi participación en el programa WIC para otros fines no relacionados con WIC. El Departamento de Salud y Servicios a las personas de la tercera edad (DHSS, por sus siglas en inglés) usará esta información solamente para administrar los programas que dan servicio a las personas elegibles para el programa WIC.

El DHSS solo puede utilizar esta información para: Determinar si los solicitantes y participantes de WIC son elegibles para los programas administrados por el DHSS; Realizar actividades de enlace para estos programas; Mejorar la salud, educación y bienestar de los solicitantes y participantes de WIC inscritos actualmente en esos programas; Hacer más eficientes los procedimientos administrativos para minimizar la carga de los participantes y el personal; y evaluar el sistema de salud estatal en términos de la capacidad de respuesta a las necesidades de salud de los participantes y los resultados de la atención médica.

Mi firma abajo indica que me han informado de mis derechos y responsabilidades bajo el programa WIC. Certifico que la información y documentación que proporcioné sobre mi familia es correcta, a mi leal saber y entender.

Si toda la documentación no está disponible en el momento de la certificación, declaro que la información faltante sobre ingreso, identidad o domicilio cumple con los requisitos de elegibilidad. Acepto presentarla en un plazo de **30 días** para permanecer en el programa y recibir beneficios. Esta información de certificación se realiza con respecto al ingreso de ayuda federal. Los funcionarios del programa pueden comprobar esta información.

Entiendo que las declaraciones falsas o engañosas realizadas intencionalmente, así como ocultar o retener información a sabiendas puede conllevar el pago en efectivo a la agencia estatal del valor de los beneficios alimentarios recibidos por mí indebidamente y puedo estar sujeto a juicio civil o criminal conforme a las leyes estatales y federales.

Firma del participante / proveedor de cuidados: (No se necesita la firma si está registrada en MOWINS) Fecha:

