



**Participant’s Rights and Responsibilities**

**Effective February 1, 2019**

**I understand I have the right to:**

- ✓ Receive support and encouragement to participate in nutrition education, health, and breastfeeding services.
- ✓ Equal WIC program eligibility and participation standards, regardless of race, color, national origin, age, handicap, or sex.
- ✓ Appeal any decision made by the WIC agency regarding program eligibility or WIC benefits. Request a Fair Hearing within 60 days by contacting my WIC local agency or the Missouri WIC program, P.O. Box 570, Jefferson City, MO 65102, (800) 392-8209.

**I understand it is my responsibility to:**

- ✓ Ensure my proxies and I correctly use my WIC benefits to buy WIC approved food at an authorized WIC retailer as explained to me during my certification.
- ✓ Let my WIC agency know if I am planning to move so a Verification of Certification (VOC) may be provided to take to the new location to ensure continued participation in WIC.
- ✓ Receive WIC benefits from only one (1) WIC agency at a time as dual participation is illegal.
- ✓ Pick up WIC benefits when benefits are available.
- ✓ Treat WIC and grocery store staff with respect and courtesy.

**By providing my electronic signature in the MOWINS system, I confirm the following:**

- ✓ I have been advised of my rights and responsibilities under the WIC program. I certify the information and documentation I provided for my household is correct.
- ✓ I understand the Missouri chief state health officer may enter into a written agreement to authorize the sharing of my participation in the WIC program for non-WIC purposes. This will only be used by WIC and other organizations in the administration of those programs that serve persons eligible for WIC. This information can be used to:
  - Determine my eligibility for programs that the organization administers;
  - Conduct outreach;
  - Provide me with information about DHSS programs and to make the application process easier;
  - Improve my health, education, or well-being if I am already enrolled in their programs; and
  - Measure responsiveness to health care needs and outcomes.
- ✓ I understand that selling, trading, or giving away my WIC benefits, food, breast pump, or formula is a participant violation and could result in collections and repayment of a claim or disqualification from the WIC program.
- ✓ If all documentation is not available at certification, I self-declare that the missing income, identity, or residency meets eligibility requirements. I agree to furnish it within 30 days to remain enrolled and receive WIC benefits. This certification information is required to receive federal assistance. Program officials may verify this information.
- ✓ I understand that intentionally making false or misleading statements or intentionally misrepresenting, concealing, or withholding facts may result in paying the WIC state agency the value of the food benefits improperly issued to me and may subject me to civil or criminal prosecution under state and federal law.
- ✓ In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its agencies, offices, employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.
- ✓ Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the agency (state or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing, or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.
- ✓ To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992.

Submit your completed form or letter to USDA by:

1. Mail: 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;
3. Email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

**Participant/Caregiver Signature\*** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

\*This form does not need to be signed when the signature is captured electronically in MOWINS.



**Entiendo que tengo derecho a:**

- ✓ Recibir apoyo y que se me anime para participar en los servicios de educación en nutrición, salud y lactancia.
- ✓ Igualdad en las normas de elegibilidad y participación del programa WIC, sin importar la raza, el color, el origen nacional, la edad, las discapacidades o el sexo.
- ✓ Apelar cualquier decisión tomada por la agencia WIC relacionada con la elegibilidad en el programa o los beneficios de WIC. Solicitar una Audiencia justa en un plazo de 60 días comunicándome con mi agencia local de WIC o con el programa WIC de Missouri, al P.O. Box 570, Jefferson City, MO 65102, (800) 392-8209.

**Entiendo que es mi responsabilidad:**

- ✓ Asegurarme de que mis representantes y yo usamos correctamente mis beneficios de WIC para comprar alimentos aprobados por WIC en un establecimiento autorizado por WIC, como me explicaron durante mi certificación.
- ✓ Hacerle saber a mi agencia de WIC si planeo mudarme para que puedan darme una Verificación de Certificación (VOC) que yo pueda llevar al nuevo lugar y garantizar la participación continua en el programa WIC.
- ✓ Recibir los beneficios de WIC de una (1) sola agencia de WIC a la vez, ya que la doble participación es ilegal.
- ✓ Recoger los beneficios de WIC cuando estén disponibles.
- ✓ Tratar con respeto y cortesía al personal de WIC y de la tienda de alimentos.

**Al proporcionar mi firma electrónica en el sistema MOWINS, confirmo lo siguiente:**

- ✓ Me han informado mis derechos y responsabilidades bajo el programa WIC. Certifico que la información y documentación que he proporcionado sobre mi familia es correcta.
- ✓ Entiendo que el director de salud del estado de Missouri puede firmar un acuerdo por escrito para autorizar que se divulgue mi participación en el programa WIC para otros fines no relacionados con WIC. Esto solo será usado por WIC y por otras organizaciones para administrar esos programas que dan servicio a las personas elegibles para WIC. Esta información se puede usar para:
  - Determinar mi elegibilidad para programas administrados por la organización;
  - Llevar a cabo esfuerzos comunitarios;
  - Proporcionarme información sobre los programas del DHSS y facilitar el proceso de solicitud;
  - Mejorar mi salud, educación o bienestar si ya estoy inscrito en sus programas; y
  - Medir la capacidad de respuesta a las necesidades de cuidado de la salud y los resultados.
- ✓ Entiendo que vender, intercambiar o regalar mis beneficios, alimentos, extractores de leche materna o fórmula para bebés de WIC es una violación de las normas por parte de un participante y podría dar lugar a cobros y devoluciones de una reclamación o la descalificación del programa WIC.
- ✓ Si toda la documentación no está disponible en el momento de la certificación, declaro que la información que falte sobre ingreso, identidad o residencia cumple con los requisitos de elegibilidad. Acepto presentarla en un plazo de 30 días para permanecer inscrita y recibir los beneficios de WIC. Esta información de certificación es obligatoria para recibir ayuda federal. Los funcionarios del programa pueden verificar esta información.
- ✓ Entiendo que hacer declaraciones falsas o engañosas intencionalmente o distorsionar, ocultar o retener información puede dar lugar al pago a la agencia estatal de WIC del valor de los beneficios de alimentos que se me emitieron incorrectamente y puede exponerme a un juicio civil o penal de acuerdo con las leyes estatales y federales.

Conforme con la ley federal de derechos civiles y las reglamentaciones y políticas del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), está prohibido que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran los programas del USDA discriminen por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o por represalias por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesitan medios alternos de comunicación para obtener información del programa (ej., Braille, letra grande, audio grabado, Lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del servicio federal Relay al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otro idioma distinto al inglés.

Para presentar una denuncia por discriminación por parte del programa, llene el formulario de denuncia USDA Program Discrimination Complaint Form (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 de USDA, o escriba una carta dirigida a USDA e incluya en la carta toda la información que se solicita en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992.

Envíe su formulario lleno o su carta a USDA:

1. Por 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
3. Correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

**Firma del Participante / Persona encargada\*:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

\*No es necesario firmar este formulario cuando la firma se captura electrónicamente en MOWINS.