



**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.



PARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS PARA PERSONAS DE LA TERCERA EDAD DE MISSOURI  
WIC SERVICIOS DE NUTRICIÓN

## **Derechos y Responsabilidades del Participante**