

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Revisado 06/01/20

¡Estamos felices que haya venido a WIC hoy y con gusto le atenderemos!

Yo tengo el derecho a:

- Recibir beneficios para comprar alimentos saludables. WIC no provee todos los alimentos que necesito.
- Recibir información acerca de cómo alimentarse saludablemente y cómo tener una vida activa.
- Recibir ayuda en cuanto a la lactancia.
- Recibir información acerca de inmunizaciones y otros servicios de salud que pueden ayudarme.
- Recibir un trato justo y respetuoso de los empleados de WIC y de la tienda. Si no recibo un trato justo, puedo hablar con un supervisor de WIC. Si no estoy de acuerdo con mi elegibilidad para el programa, puedo pedir hablar con personal de la oficina de WIC del estado para una conferencia o audiencia.
- Protección de mis derechos civiles. La reglamentación para la elegibilidad y la participación en el programa WIC son iguales para todos sin importar raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.
- Privacidad. La política de privacidad de WIC se encuentra en el reverso de este formulario.

Mis responsabilidades son:

Entiendo que daré información correcta y completa acerca de:

- Mis ingresos. Daré información de los ingresos de todas las personas en mi casa. Informaré al personal de WIC si hay cambios de ingresos.
- Mi participación en Medicaid, Programa SNAP, o el Programa de Empleo Familiar (TANF). Informaré al personal de WIC si ya no estoy participando en esos programas.
- Mi estado de lactancia. Informaré al personal de WIC si estoy dando menos leche materna o dejo de amamantar.
- Mi estado de embarazo.
- Mi dirección. Informaré al personal de WIC de cambios en mi dirección o teléfono. Puedo pedir una Verificación de Certificación (VOC) si voy a mudarme fuera del estado para que sea más fácil ingresar a WIC en mi nuevo estado.

Entiendo que debo seguir las siguientes reglas:

- Tratar con respeto a los empleados de la clínica y de la tienda. No diré malas palabras, no gritaré, no amenazaré o lastimaré a nadie.
- Usar los alimentos de WIC para los miembros de la familia para quienes fueron emitidos.
- Devolver a la clínica comida extra que no usaré.
- No vender, regalar o intercambiar los alimentos de WIC, fórmula infantil o tarjeta eWIC. Esto incluye por el Internet, o devolverlos a la tienda. Cualquier alimento que venda o regale que sea igual a los alimentos de WIC, serán asumidos como alimentos de WIC. Esto resultará en que yo tenga que pagar al programa.
- Recibir beneficios de una clínica a la vez. Entiendo que participar en más de una clínica de WIC es ilegal.
- Asistir a todas mis citas o llamar a la clínica para cambiar la cita. Entiendo que si faltó a mis citas dos meses seguidos, se me puede retirar del programa.
- Llevar mi tarjeta eWIC cuando vaya a la clínica para que mis beneficios se puedan recargar a mi tarjeta.
- Cuidar mi tarjeta eWIC como una tarjeta de débito, evitando que se pierda, sea robada, dañada o destruida.
- Informar a los empleados de WIC si perdí o me robaron mi tarjeta eWIC. Entiendo que habrá un período de espera de tres días para reemplazar mi tarjeta. No intentaré usar una tarjeta reportada como perdida.
- No compartir mi tarjeta o número de PIN con nadie, excepto con aquellos que autorice cuando estaba en la clínica.
- Seguir las reglas e instrucciones del folleto "Alimentos Autorizados por WIC".

Acuerdo:

Yo he leído o se me ha informado de mis derechos y responsabilidades (impresos al reverso). Si no sigo estas reglas, entiendo que se me puede pedir que reembolse a WIC los beneficios que recibió mi familia. También entiendo que puedo perder beneficios futuros y que me retiren del programa de WIC.

Esta certificación se está llevando a cabo con asistencia federal. Certifico que la información que he proporcionado es correcta según mi leal saber y entender. El personal del programa puede verificar toda la información que he presentado a la clínica. Sé que cualquier información falsa que he dado para recibir los beneficios de alimentos de WIC, incluyendo, pero no limitado a hacer una declaración falsa o falsificar, encubrir u ocultar la verdad puede dar como resultado que la agencia pida el reembolso del valor de los alimentos que incorrectamente se me dieron y puedo ser sujeto a un juicio civil o criminal bajo la ley federal y estatal.

Entiendo que yo, el padre/tutor o el tutor adicional que he autorizado en la clínica, debo estar presente en las citas de certificación. Si he elegido designar un apoderado, él/ella puede recoger y cambiar mis beneficios de WIC. Mi apoderado también puede llevar a mis hijos, a la clínica de WIC si es necesario que se les tome el peso, la estatura y una muestra pequeña de sangre la cuál detecta si el nivel de hierro es bajo. Entiendo que soy responsable por las acciones de mi apoderado. Es mi responsabilidad pedirle a mi apoderado que comparta conmigo cualquier información o notificación proporcionada por el personal de la clínica.

~ POR FAVOR FIRME LA PANTALLA DE FIRMA ELECTRÓNICA ~

La póliza de privacidad de WIC:

WIC respeta el derecho a su privacidad. Puede que reciba mensajes de texto, llamadas por teléfono, cartas, tarjetas postales o correos electrónicos para recordarle de sus citas. Usted puede solicitar no recibir estos recordatorios. Si opta por no recibir textos, mande mensaje de texto al número 22300 con la palabra STOP.

Información acerca de su participación en el programa de WIC puede ser compartida con otros programas de salud y nutrición. El Director Ejecutivo del Departamento de Salud de Utah ha autorizado que se comparta y use la información confidencial de WIC con ciertos programas para ver si usted califica para recibir estos servicios; para informarle sobre programas disponibles; para compartir información de salud necesaria con programas en los cuales ya usted está participando; para simplificar los procedimientos administrativos entre los programas y para ayudar a evaluar la salud general de las familias de Utah a través de informes y estudios. Usted puede pedirle al personal de WIC más información acerca de estos programas.

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 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.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.