



FORM 104 (12/2022)

# DERECHOS, RESPONSABILIDADES Y CONSENTIMIENTO DEL PARTICIPANTE EN WIC

## ¿Qué espera WIC de usted?

- Usted sólo comprará los alimentos en la Lista de Alimentos de Idaho (*Idaho Food List*) de un supermercado en Idaho que acepte tarjetas WIC.
- Sólo va a usar los alimentos de la(s) persona(s) en el programa. Si comparte la custodia de su(s) hijo(s), se tiene que asegurar que los beneficios del programa de los alimentos de WIC se compartan con su(s) hijo(s).
- En cualquier momento, puede pedir al personal de WIC que agregue o elimine un segundo titular de la tarjeta que pueda comprar los beneficios de alimentos de WIC. Usted debe asegurarse de que el segundo titular de la tarjeta sepa cómo usar la tarjeta eWIC y cómo comprar alimentos.
- Va a recibir los beneficios del programa de los alimentos de WIC de una sola clínica a la vez. Si se muda o espera mudarse pronto, tendrá que solicitar un documento de transferencia.
- Va a llegar a sus citas o va a llamar antes si tiene que cambiar su cita.
- Usted atenderá todas las citas para aplicar al menos cada año (certificación). Usted puede autorizar o permitir que otra persona o el segundo titular de la tarjeta asista a las citas de seguimiento. Si otra persona asiste a una cita, ellos deben compartir con usted los folletos y todos los detalles de la cita.
- Usted y el segundo titular de la tarjeta (si es aplicable) van a tratar al personal de WIC y de la tienda con amabilidad y respeto.

## ¿Qué puede esperar usted de WIC?

- *El Programa WIC de Idaho y esta institución tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalia por actividades anteriores de derechos civiles.*
- *Puede apelar cualquier decisión que tome la agencia local con respecto de su elegibilidad al programa.*
- *La agencia local pondrá a su disposición los servicios de salud, educación en nutrición y apoyo para la lactancia, y se le recomienda que participe en estos servicios.*
- El personal de WIC lo va a tratar con amabilidad y respeto.
- Si califica para el programa WIC, va a recibir los beneficios del programa de los alimentos de WIC para comprar alimentos saludables. Usted entiende que WIC no proporciona todos los alimentos o la fórmula que se necesita en un mes.

## Derechos y responsabilidades del cuidador o participante:

- Voy a notificar a WIC de cualquier cambio en la información que yo proporcioné.
- No voy a regresar los alimentos de WIC al supermercado por dinero, crédito u otros artículos. No voy a vender, cambiar o regalar los beneficios del programa de los alimentos de WIC, o bombas de pecho pagadas por WIC. Si lo hago, entiendo que a mi me pueden sacar el programa WIC.
- Si no cumplo con las reglas, doy declaraciones falsas, o no proporciono hechos sobre mi elegibilidad al Programa WIC, entiendo que a mi me pueden sacar el programa WIC.
- Si no recibo los beneficios de WIC durante tres meses seguidos, mi cuenta de WIC se suspenderá automáticamente y puedo comunicarme con la clínica para reactivarla. Debo recordar que recibir beneficios es una parte importante de la participación en WIC.
- Si me mudo fuera del estado, entregaré el documento de transferencia de mi antigua clínica de WIC a mi nueva clínica de WIC.
- Me van a avisar por escrito cuándo y por qué se terminarán mis beneficios del programa WIC.
- Sus derechos y responsabilidades también estarán escritos en la lista de alimentos del WIC de Idaho.

(más al reverso)

## Consentimientos del cuidador o participante:

Por favor **elija** si usted **da o no permiso** para los siguientes elementos. El rechazo de cualquiera o todo el consentimiento no tiene ningún efecto en la elegibilidad o participación de WIC. Usted puede revisar su registro y tiene el derecho a cancelar el consentimiento por escrito en cualquier momento.

Sí No

- Que me tomen la estatura y el peso y que se haga la prueba de sangre para la anemia para mí y mi hijo. Esto se hace para establecer la necesidad nutricional para el programa WIC.
- Al programa WIC de compartir la información sobre la elegibilidad (tal como el nombre, la dirección, nivel de ingresos y la fecha de nacimiento) mía y de mis hijos nombrados con los Programas de Medicaid y SNAP de Idaho para usarlos en referencias.
- Al programa WIC de compartir con estado de vacunación del Programa de Inmunizaciones para fines de referencia.
- Al programa WIC para programar citas remotas o virtuales cuando sea posible, como las opciones de video y teléfono ofrecidas por la clínica. Entiendo que puedo optar por no participar y venir a la clínica para estas citas en cualquier momento.
- El programa WIC para comunicarse conmigo y dejar mensajes en el número de teléfono proporcionado. Entiendo que los mensajes que se dejan en mi teléfono pueden contener información como el nombre del programa WIC, el solicitante, el participante y / o el (los) apellido(s) e información relacionada con las citas. Entiendo que puedo notificar a la clínica y cambiar mi elección de que WIC se comunique conmigo en cualquier momento.

## Al firmar, usted acepta lo siguiente:

- Se me ha informado de mis derechos y obligaciones en el programa.
- Entiendo mis derechos y obligaciones y acepto cumplir con ellos.
- Entiendo que soy responsable por el uso y comportamiento del segundo titular de la tarjeta, si es aplicable.
- Entiendo los datos de salud WIC usos del programa y la información de elegibilidad para recibir servicios de WIC y pueden compartir esta información con los programas locales, estatales y federales de WIC. Esta información también se utiliza para evaluar el éxito del programa, seguimiento y auditoría del programa. Libero al Departamento de Salud y Bienestar de Idaho de toda responsabilidad y obligación con respecto a la divulgación de información que he consentido que se divulgue.
- Entiendo que el Director de Salud del Estado puede permitir compartir información sobre mi participación en WIC con otros programas del Departamento de Salud y Bienestar que prestan servicios a personas elegibles para WIC. Compartir esta información es para la recopilación de datos de salud pública para revisar los resultados.
- Certifico que la información que he proporcionado para determinar mi elegibilidad es la correcta según mi leal saber y entender.
- Este formato de certificación se presenta en relación con la asistencia Federal recibida. Los funcionarios del Programa pueden verificar la información en este formato.
- Entiendo que hacer una declaración falsa o engañosa o desvirtuar, ocultar o retener hechos intencionalmente puede causar el pago en efectivo a la agencia Estatal el valor de los beneficios de alimentos que se me hayan entregado incorrectamente y me pueden someter a un proceso civil o penal de acuerdo con la Ley Estatal y Federal.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o en represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (208) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992 o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una preunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3207 completado o la carta debe presentarse a 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:**  
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) **correo electrónico:**  
[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.



# DERECHOS, RESPONSABILIDADES Y CONSENTIMIENTO DEL PARTICIPANTE EN WIC

Por favor **elija** si usted **da o no permiso** para los siguientes elementos.

- | Sí                       | No                       |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Que me tomen la estatura y el peso y que se haga la prueba de sangre para la anemia para mí y mi hijo. Esto se hace para establecer la necesidad nutricional para el programa WIC.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Al programa WIC de compartir la información sobre la elegibilidad (tal como el nombre, la dirección, nivel de ingresos y la fecha de nacimiento) mía y de mis hijos nombrados con los Programas de Medicaid y SNAP de Idaho para usarlos en referencias.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Al programa WIC de compartir con estado de vacunación del Programa de Inmunizaciones para fines de referencia.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Al programa WIC para programar citas remotas o virtuales cuando sea posible, como las opciones de video y teléfono ofrecidas por la clínica. Entiendo que puedo optar por no participar y venir a la clínica para estas citas en cualquier momento.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El programa WIC para comunicarse conmigo y dejar mensajes en el número de teléfono proporcionado. Entiendo que los mensajes que se dejan en mi teléfono pueden contener información como el nombre del programa WIC, el solicitante, el participante y / o el (los) apellido (s) e información relacionada con las citas. Entiendo que puedo notificar a la clínica y cambiar mi elección de que WIC se comunique conmigo en cualquier momento. |

*Usted puede revisar su registro y tiene el derecho de cancelar su consentimiento por escrito en cualquier momento.*

Por favor lea las declaraciones y marque la casilla de abajo para confirmar su comprensión de lo siguiente:

- Se me ha informado de mis derechos y obligaciones en el programa.
- Entiendo mis derechos y obligaciones y acepto cumplir con ellos.
- Entiendo que soy responsable por el uso y comportamiento del segundo titular de la tarjeta, si es aplicable.
- Entiendo los datos de salud WIC usos del programa y la información de elegibilidad para recibir servicios de WIC y pueden compartir esta información con los programas locales, estatales y federales de WIC. Esta información también se utiliza para evaluar el éxito del programa, seguimiento y auditoría del programa. Libero al Departamento de Salud y Bienestar de Idaho de toda responsabilidad y obligación con respecto a la divulgación de información que he consentido que se divulgue.
- Certifico que la información que he proporcionado para determinar mi elegibilidad es la correcta según mi leal saber y entender.
- Este formato de certificación se presenta en relación con la asistencia Federal recibida. Los funcionarios del Programa pueden verificar la información en este formato.
- Entiendo que hacer una declaración falsa o engañosa o desvirtuar, ocultar o retener hechos intencionalmente puede causar el pago en efectivo a la agencia Estatal el valor de los beneficios de alimentos que se me hayan entregado incorrectamente y me pueden someter a un proceso civil o penal de acuerdo con la Ley Estatal y Federal.

Yo, \_\_\_\_\_, he leído, entiendo y estoy de acuerdo con las declaraciones anteriores.

Nombre

Fecha

FID#: \_\_\_\_\_

(For WIC staff use only)

*Esta entidad es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.*