



## SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

### **PARA RECIBIR BENEFICIOS DEL PROGRAMA WIC, ACEPTO LO SIGUIENTE:**

- Mostrar pruebas de ingresos, dirección e identificación.
- Otorgar información acerca de mi historial médico (o de mi hijo/a) y los alimentos que ingiero (o que ingiere mi hijo/a).
- Permitir que se verifique mi altura y mi peso y que se analice mi sangre mediante punción en el dedo o el talón (o que se verifique la altura y el peso de mi hijo/a y se analice su sangre mediante el mismo método).

### **ME COMPROMETO A LO SIGUIENTE:**

- Dar información al Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (Nutrition Program for Women, Infants and Children, WIC) que sea verdadera y correcta según mi leal saber y entender. El personal del programa WIC puede corroborar esta información.
- Llamar a la oficina del programa WIC de inmediato en caso de que pierda mi tarjeta eWIC o de que alguien la robe.
- Solo comprar alimentos autorizados por WIC con mi tarjeta eWIC.
- Informar al personal del programa WIC si no puedo asistir a una cita o si realizo cambios de dirección o número telefónico.
- Ser eliminado del programa si no recibo beneficios de alimentos durante dos meses seguidos.
- Tratar con respeto al personal del programa WIC y al personal de la tienda de comestibles.

### **ENTIENDO QUE:**

- Todas las personas que solicitan beneficiarse del programa reciben el mismo trato sin importar su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.
- Tengo derecho a presentar una queja si siento que se me trata de manera injusta.
- Tengo derecho a una audiencia justa si discrepo con el personal del programa WIC en cuanto a mi elegibilidad (dentro de los siguientes 60 días).
- El programa WIC me brindará servicios de salud, educación nutricional y apoyo con la lactancia, disponibles para mí, y me alienta a recibir estos servicios.
- Los alimentos del WIC son para mí y/o mi hijo/a y no debo compartirlos con otras personas.

### **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:**

Entiendo que el Funcionario de Salud del Estado permite que cierta información sobre mí y mis hijos se comparta con otros programas que ofrecen servicios a familias similares a las que participan en el programa WIC. Esto facilita que mi familia reciba otros servicios si así lo decido (por ejemplo, para ver si soy elegible y agilizar el proceso de solicitud), me permite conocer más sobre estos programas y contribuye a mejorar la salud, la educación y el bienestar de mi familia. Permitiré que el programa WIC comparta información (únicamente nombre, fecha de nacimiento, dirección, número telefónico, ingresos, altura, peso, hemoglobina, estatus de inmunización y horarios de citas) acerca de mí o mi hijo/a solamente con estos programas. Comprendo que algunos datos de salud del WIC pueden utilizarse para evaluar si el programa WIC y el Departamento de Salud de Dakota del Norte satisfacen las necesidades de cuidado de la salud de los participantes. El personal de WIC me ha preguntado si presto o no mi consentimiento para divulgar información a mi proveedor de atención médica. Esta información se registra en la entrevista de nutrición en el sistema de WIC. Mi consentimiento o denegación (sí o no) no afecta mi elegibilidad para WIC. No puede entregarse ninguna otra información a nadie sin mi consentimiento.

He leído mis derechos y responsabilidades. Reconozco que el programa WIC es un programa federal y que si miento u oculto hechos para obtener beneficios del programa WIC, vendo, intercambio o regalo mis alimentos o fórmula infantil del WIC, dejo de asistir al WIC durante dos meses consecutivos, participo en más de un programa WIC en cualquier mes individual (la participación doble es ilegal) o maltrato verbal o físicamente al personal del programa WIC o al personal de la tienda, es posible que se me expulse del programa, se me pida que pague el valor de la comida asignada y se me procese conforme a la ley federal y estatal.

Si usted no está de acuerdo con la decisión que se tomó acerca de su elegibilidad para el programa WIC, puede solicitar una audiencia justa.

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture, USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados e instituciones que participen en los programas del USDA o los administren, no pueden discriminar a nadie por razones de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad y edad así como tampoco ejercer represalias ni venganzas por actividades anteriores de derechos civiles en ningún programa o actividad que el USDA lleve a cabo o financie. Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para acceder a la información del programa (como braille, letras grandes, grabaciones de audio, lenguaje estadounidense de señas, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) ante la cual solicitaron los beneficios. Las personas sordas o con dificultades auditivas o discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Sistema de Transmisión Federal al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas aparte del inglés. Si desea presentar una queja por discriminación en el programa, puede completar el formulario de queja por discriminación del programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea, en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992.

Envíe el formulario completo o la carta al USDA a través de los siguientes medios:

- (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).

# Bienvenido a WIC

- El programa WIC proporciona asistencia con las necesidades nutricionales de su familia (ideas acerca de cómo alimentar a su familia, a dónde dirigirse para obtener otro tipo de ayuda, alimentos nutritivos y consejos sobre la lactancia) durante los periodos en que usted o sus hijos están en crecimiento o en desarrollo para mejorar su salud.
- Realizar preguntas acerca de su salud y alimentación, tomar medidas, etc., son tareas necesarias para obtener información sobre las necesidades nutricionales de su familia, de manera que WIC pueda atender sus necesidades e intereses de forma más eficiente.
- El personal de WIC son sus socios, que trabajan con usted para alcanzar objetivos de salud positivos a través de charlas e ideas compartidas.
- Los alimentos del programa WIC están diseñados para usted o sus hijos a fin de ayudar a atender sus necesidades nutricionales.
- WIC es un programa complementario, lo que significa que no proporciona todos los alimentos que usted o sus hijos necesitan.
- Debe volver a solicitar la admisión al programa WIC y volver a evaluarse cuando finalice su certificación (o la de su hijo).
- Si a raíz del financiamiento no se puede atender a todas las personas, entonces quienes estén en mayor riesgo (necesidad nutricional) serán atendidos primero.

