

DEPARTAMENTO DE SALUD DE ISLAS VIRGENES
PROGRAMA WIC
DERECHOS/RESPONSABILIDADES

Mis Derechos

- **Alimentos WIC:** Recibiré una tarjeta WIC electrónica para comprar alimentos saludables.
- **Información de Nutrición:** Recibiré información sobre alimentación saludable y vida activa.
- **Ayuda en lactancia:** Recibiré ayuda y respaldo con la lactancia según sea necesario.
- **Información de cuidado de la salud:** Recibiré información sobre vacunación y otros servicios que pueda necesitar.
- **Cortesía:** Empleados de WIC y de los comercios autorizados me tratarán con cortesía y respeto. Puedo informar a los empleados de WIC de no ser tratado con cortesía y respeto.
- **Transferencia de información:** Si me mudo a otro estado o territorio de Estados Unidos, puedo solicitar documentos de transferencia para llevar conmigo.
- **Trato Justo:** Puedo apelar cualquier decisión hecha por el Programa WIC sobre mi elegibilidad o beneficios para el Programa. Tengo el derecho a una vista administrativa de no estar de acuerdo con la decisión tomada por oficiales de WIC con relación a mi participación en el Programa WIC. Para esto, puedo escribir, llamar por teléfono o visitar la clínica no mas tarde de 60 días de la fecha de hoy. Un representante, como un familiar, amigo o consejero legal puede someter la apelación en mi nombre.

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.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf. 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;
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Mis Responsabilidades

Estoy de acuerdo con la siguiente información y reglas: Yo

- Brindaré información completa y verdadera sobre mi identidad, estado de embarazo, dirección, número de personas que viven en mi hogar, ingreso total de todas las personas que viven en mi hogar incluyendo beneficios (MAP, SNAP or TANF).
- Notificaré a WIC de todos los cambios en las circunstancias de vida (por ejemplo, cambios en ingreso, beneficios, tamaño familiar o dirección, etc.).
- Presentaré mi identificación de WIC en cada visita a la clínica.
- Presentaré mi identificación de WIC en cada visita al comercio autorizado.
- Proveeré todos los documentos solicitados por el Programa WIC a tiempo.
- Usaré las fórmulas y alimentos de WIC solo para la persona participando en el Programa WIC.
- Compraré solo en comercios WIC autorizados y no sustituiré o cambiaré por productos que no sean de WIC.
- Reportaré mi tarjeta electrónica WIC que haya sido perdida, robada o dañada según se me informó.
- No usaré mi tarjeta WIC electrónica reportada perdida, robada o dañada.
- Enseñaré a mi representante autorizado las reglas de WIC de como usar y asegurar mi tarjeta WIC electrónica apropiadamente.

- Mantendré mis citas de WIC o llamaré para recalendarizarlas.
- Usaré mis beneficios de WIC sabiamente y mantendré mi tarjeta WIC electrónica en un lugar seguro.
- No venderé, regalaré o cambiaré mi tarjeta WIC electrónica, fórmula o alimentos WIC por dinero, crédito, "raincheck" o algún otro producto o servicio.
- Seré elegible para descalificación del Programa WIC y/o se me requerirá pagar al Programa WIC el valor en efectivo de los alimentos recibidos inapropiadamente en caso que yo o mi representante autorizado rompamos alguna ley del Programa.
- No publicaré productos de WIC para la venta o cambio en la internet o medios sociales.
- No juraré, gritaré, hostigaré, amenazaré o haré daño físicamente a ningún empleado de WIC o comercio autorizado.
- No dañaré o destruiré propiedad de WIC.
- No matricularé un niño en WIC que no esté bajo mi cuidado legal o designado.
- No me matricularé en más de un Programa WIC o recibiré beneficios de más de una clínica cada mes.
- Autorizaré al Programa WIC a liberar o transferir cualquier información de mi familia. Esta información debe ser liberada a aquellas personas directamente conectadas con la administración, aplicación, o auditorías del Programa, o cualquier representante de organizaciones públicas designadas por el Comisionado de Salud. Las organizaciones que reciban la información deben brindar su garantía que ellos no divulgarán la información con nadie mas a menos que una solicitud escrita para liberar información haya sido obtenida del participante/familiar/guardián/representante autorizado.

Mi firma en el Sistema WIC significa que yo entiendo:

- He sido informado de mis derechos y obligaciones bajo el Programa y mis preocupaciones/preguntas fueron contestadas.
- La información provista por mi para la determinación de elegibilidad de la asistencia federal es correcta según entiendo.
- Los oficiales del Programa WIC pueden verificar la información provista por mi.
- Si yo intencionalmente hago declaraciones falsas o engañosas, o falsas representaciones, ocultando o reteniendo hechos, o rompiendo reglas del Programa WIC, esto puede resultar en el pago al Programa WIC, por GIRO POSTAL, del valor de los beneficios de alimentos inapropiadamente emitidos a mi y puedo ser sujeto a enjuiciamiento criminal o civil bajo la Ley Federal y Estatal.
- El Program WIC es un un programa suplementario y no provee todos los alimentos o fórmulas necesarias para un mes.
- Si yo fallo con el cumplimiento de las regulaciones y reglas del programa, puedo ser descalificado o terminado de no continuar siendo elegible.
- Se me emitió o emitirá un instrumento de alimentos (tarjeta WIC electrónica) para mi hogar.

Los siguientes participantes fueron certificados en _____:

#1: _____

#4: _____

#2: _____

#5: _____

#3: _____

#6: _____

Firma del Solicitante/Familiar/Guardián/Designado

Firma de Empleado de WIC

Para Certificaciones Manuales, Solo:

Residencia e Ingreso

Riesgo Nutricional

Firma

Firma