

# Participante del WIC Derechos y responsabilidades

Recibí información sobre mis derechos y responsabilidades como participante del programa WIC. Entiendo que tengo derecho a lo siguiente:

- *Recibir un trato justo y respetuoso del personal del WIC y de los empleados de la tienda de comestibles.*
- *Tener seguridad de que la información que brindé al personal del WIC se mantenga de manera confidencial y no sea divulgada a nadie externo al Programa WIC sin mi permiso.*
- *Recibir educación nutricional e información sobre el cuidado de la salud y otros servicios útiles.*
- *Utilizar cualquier tienda de comestibles o farmacia del Estado de Nueva York que esté autorizada a aceptar el WIC.*
- *Recibir un paquete de alimentos que cubra mis necesidades nutricionales o las de mi hijo.*
- *Solicitar el traslado a otra agencia local del WIC.*
- *Recibir información sobre cuándo y por qué finalizan los beneficios de mi programa WIC.*
- *Solicitar una audiencia imparcial si no estoy de acuerdo con las decisiones en cuanto a mi elegibilidad.*

La información que proporcioné para determinar si soy elegible para el Programa WIC es correcta, según mi mejor saber y entender. Entiendo que:

- *El Personal del Programa WIC puede revisar la información que les proporcioné para confirmar que es correcta.*
- *Debo notificar a mi oficina local de WIC si planeo mudarme, si cambio mi número de teléfono, si hay modificaciones en los ingresos de cualquier miembro de mi grupo familiar, o si deseo el cambio a otra oficina de WIC.*
- *Si realizo declaraciones falsas o engañosas o si omito información a propósito para obtener beneficios del WIC, puedo tener que devolver al Estado los beneficios que recibí inapropiadamente y puedo ser procesado por la justicia federal o de Nueva York.*
- *Puedo participar en solo un Programa WIC o un Programa de Comida Suplementaria (CSFP, por sus siglas en inglés). Certifico que en este momento no participo en ningún otro Programa WIC ni CSFP.*
- *Los alimentos del WIC son solo para el familiar que participa. No puedo vender ni regalar alimentos del WIC ni cheques del WIC.*
- *Si necesito cambiar o interrumpir mi paquete de alimentos durante un periodo corto, llamaré a mi oficina local del WIC.*

Entiendo que mi agencia local pondrá a mi disposición servicios de salud y educación nutricional, y espera que yo participe en estos servicios.

Puedo apelar toda decisión tomada por la agencia local en cuanto a mi elegibilidad para el Programa.

Entiendo que los estándares utilizados para la elegibilidad y participación en el Programa WIC son los mismos para todas las personas, independientemente de su raza, color, origen, edad, discapacidad o sexo.

---

**Esta es la certificación que debe firmar en el sistema informático antes de que pueda recibir sus cheques de WIC:**

Se me ha informado a cerca de mis derechos y obligaciones como participante del programa WIC. Certifico que, a mi leal saber y entender, la información que he proporcionado para la determinación de mi elegibilidad es correcta y completa. Proporciono esta información con el objetivo de recibir beneficios de WIC y entiendo que los funcionarios de las agencias de WIC locales o estatales verificarán esta información. También entiendo que si tergiverso información en forma deliberada estaré sujeto a acciones penales o civiles según las leyes federales y estatales. Las

tergiversaciones deliberadas incluyen, entre otras acciones, falsificar, ocultar u omitir información sobre los ingresos familiares, el tamaño de la familia, los datos médicos, el estado de Medicaid y el lugar de residencia. Además entiendo que si realizo una declaración falsa o engañosa o si tergiverso, oculto u omito hechos, esto puede tener como consecuencia que se me descalifique y se me exija que reintegre el valor en dólares de los beneficios de alimentos que obtuve de manera inapropiada, independientemente de mi intencionalidad de obtener o no tales beneficios de dicha manera.

Por último, entiendo que únicamente puedo participar en un Programa WIC o un Programa suplementario de comestibles básicos (CSFP, por sus siglas en inglés) y certifico por la presente que actualmente no estoy inscrito en ningún otro Programa WIC o Programa suplementario de comestibles clásicos (CSFP). Solicito que se realicen los cheques y que se los emita a mi nombre el día de hoy.

---

### **Solicitud de audiencia imparcial**

Si le niegan la participación en el Programa WIC o lo descalifican, y usted no está de acuerdo con esa decisión, tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial. Usted debe recibir una notificación escrita indicando su derecho a una audiencia imparcial. Puede solicitar una reunión con la agencia local en un plazo de siete días para conversar sobre sus inquietudes antes de solicitar una audiencia imparcial. Debe comunicarse con la agencia local y solicitar una audiencia imparcial dentro de los 60 días posteriores a la denegación o descalificación. El personal de la agencia local está disponible para ayudarlo a completar un formulario de queja.

---

### **Declaración de no discriminación de USDA**

El Departamento de Agricultura de EE.UU. prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados, y contra quienes le soliciten empleo en sus ofertas de empleo, sus programas, o cualquier otra actividad que el departamento conduzca o financie por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, identidad de género, religión o represalias y, si corresponde, por ideologías políticas, estado civil, condición de padre o condición familiar, orientación sexual, así como también en los casos en los que los ingresos de un individuo provengan en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o en los casos en los que exista información genética protegida de un individuo. (No todas las prohibiciones se aplican a todos los programas o actividades de empleo.)

Si desea presentar un reclamo por discriminación ante el programa de derechos civiles, complete el formulario de reclamo por discriminación en programas de USDA, disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) o en cualquier oficina de USDA, o comuníquese al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información requerida en el formulario. Envíenos su formulario de reclamo completo o su carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Las personas sordas, o que tienen discapacidad auditiva o del habla pueden comunicarse con USDA a través del Servicio Federal de Transmisiones llamando al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (español).

USDA es un empleador y proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

---

### **Declaración de no discriminación del Estado de Nueva York**

El Estado de Nueva York prohíbe la discriminación por razones de credo, estado civil y orientación sexual.

Quienes piensen que se ha discriminado en su contra en virtud de lo dispuesto por la Ley de Derechos Humanos del Estado de Nueva York, deben llamar a la línea directa de Growing Up Healthy Hotline al 1-800-522-5006, o escribir a WIC Program Director, NYSDOH, Riverview Center, 6th Floor West, Room 650, 150 Broadway, Albany NY 12204.

