

Departamento de Salud de Dakota del Norte
División de nutrición y actividad física
600 East Boulevard Avenue Dept. 301-Bismarck, North Dakota 58505-0200

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

PARA RECIBIR BENEFICIOS DEL PROGRAMA WIC, ACEPTO LO SIGUIENTE:

- Mostrar pruebas de ingresos, dirección e identificación, (El personal de WIC puede verificar mi información.) Otorgar información acerca de mi historial médico (o de mi hijo/a) y los alimentos que ingiero (o mi hijo/a).
- Permitir que se verifique mi altura, peso y sangre (o los de mi hijo/a) (el último mediante punción en el dedo o el talón).

ME COMPROMETO A:

- Dar información al programa WIC que sea verdadera y correcta según mi leal saber y entender.
- Llamar inmediatamente a la oficina del programa WIC si llego a perder mi cheque del WIC o si alguien lo roba.
- No alterar mi cheque del WIC y comprar únicamente comida del WIC con mis cheques del programa WIC.
- Informar al personal del programa WIC si no puedo asistir a una cita o si realizo cambios a mi dirección o mi número telefónico.
- Ser retirado del programa si no retiro mis cheques durante dos meses consecutivos.
- Tratar con respeto al personal del programa WIC y al personal de la tienda de comestibles.

COMPRENDO QUE:

- Todas las personas que solicitan beneficiarse del programa reciben el mismo trato sin importar su raza, color, nacionalidad, 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 del personal del programa WIC en cuanto a mi elegibilidad (dentro de los siguientes 60 días).
- Los alimentos del WIC están destinados para mí y/o mi hijo/a y no debo compartirlos con otros.
- La participación doble (que participa en más de un programa de WIC a la vez) es ilegal.
- El personal de WIC pondrá a disposición servicios de salud, educación nutricional y apoyo para la lactancia materna y me anima a participar en estos servicios.
- Si pienso mudarse, debo informar al personal para que me den un documento (COV) para ayudarme a seguir recibiendo los beneficios de WIC.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

Permitiré que el programa WIC comparta información (solo nombre, fecha de nacimiento, dirección, número telefónico, ingresos, altura, peso, hemoglobina, estatus de inmunización y horario de citas) acerca de mí o mi hijo/a para ayudar a facilitar que mi familia reciba otros servicios. Esta información puede compartirse solo con Health Tracks, Head Start/Early Head Start, los Servicios Especiales de Salud Infantil (Children's Special Health Services) y los programas de Salud Materno Infantil (Maternal and Child Health) tales como el Programa de Resultados Óptimos del Embarazo (Optimal Pregnancy Outcome Program, OPOP), inmunización, chequeo médico neonatal, control de niño sano, visitas médicas en el hogar y planificación familiar. Comprendo que algunos datos de salud del WIC pueden utilizarse para evaluar qué tan bien el programa WIC y el Departamento de Salud del Estado satisfacen las necesidades de cuidados de salud de los participantes. Ninguna otra información se puede entregar a nadie sin mi consentimiento.

He leído mis derechos y responsabilidades. Reconozco que el programa WIC es un programa federal y si miento u oculto hechos para obtener beneficios del programa WIC, vendo 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 o en el Programa Suplementario de Comestibles Básicos (Commodity Special Supplemental Food Program, CSFP), o si abuso verbal o físicamente del personal del programa WIC o el personal de la tienda, puedo ser expulsado del programa y se me podría pedir que pague el valor de la comida que se me asignó.

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, nacionalidad, 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 que son sordas, presentan dificultades auditivas o tienen discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el Departamento de Agricultura de los EE.UU a través del Sistema de Transmisión Federal a través del número (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas aparte del inglés. Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el formulario de queja por discriminación del programa del USDA (AD-3027) que encontrará en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA en la que se incluya toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992.

Envíe su formulario completo o 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.